

Jaana Latvala

**Muistineuvonnan ideaalimalli Virtain kaupungille**

Opinnäytetyö

Syksy 2009

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Vanhustyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma

Tekijä: Jaana Latvala

Työn nimi: Muistineuvonnan ideaalimalli Virtain kaupungille

Ohjaaja: Aila Vallejo Medina ja Elina Hietaniemi

Vuosi: 2009

Sivumäärä: 66

Liitteiden lukumäärä: 4

---

Tavoitteenani oli luoda hyvä ja toimiva muistineuvonnan malli, jolla voidaan tukea muistisairasta ja häntä hoitavan omaisen selviytymistä sairausprosessin vaiheissa. Työskentelyprosessini alkoi aineiston keruulla, koskien dementoivia sairauksia, niiden hoitoa sekä erilaisia tutkimuksia ja dementiorganisaation malleja. Muistipotilaiden varhainen diagnosointi sekä oikea-aikainen ja suunnitelmallinen hoito vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Sillä parannetaan perheiden kotona pärjäämisen mahdollisuuksia. Muistineuvonnan mallin keskeisimmäksi periaatteeksi nousi se, että muistihoitaja tai –koordinaattori toimii koko perheen tukihenkilönä, arvioiden asiakkaiden yksilöllisen palvelutarpeen, ohjaten asiakasta tarvittavien palvelujen äärelle. Työn tuloksena syntyi kuvio dementia- ja muistineuvonnasta, joka pohjautuu käyttämäni teoriaosaan. Muistineuvonnan ideaalimalli on suunniteltu Virtain kaupungin perusterveydenhuollossa toimivaksi kokonaisuudeksi, mutta mallia voidaan toteuttaa tai soveltaa samansuuruisessa väestöpohjassa. Opinnäytetyöni on laadullinen toimintatutkimus ja se koostuu raportista sekä tuotteesta.

Avainsanat: Dementia, muistisairaudet, palveluohjaus, neuvonta

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: Social Services and Health Care

Degree programme: Degree Programme in Elderly Care

Author/s: Jaana Latvala

Title of thesis: Ideal memory consulting model for Virrat city

Supervisor(s): Aila Vallejo Medina and Elina Hietaniemi

Year: 2009

Number of pages: 66

Number of appendices: 4

---

My priority was to create a good and workable model of memory consultation, which supports memory patients and relatives who take care of the same, so that they can better live through the disease process. My working process on this thesis began to collect material of memory disease's and how they are treated. I also found out some research and dementia care models. Early diagnosis of memory disease, along with real-timed- and planned care decreases costs of health care. It is possible for families to cope in their own home. One crucial precept of the memory consulting model is that memory nurse or memory coordinator takes care of the whole family and supports them. Memory nurse or memory coordinator estimates the individualized needs of customers and guide they to get services. The result of the thesis is a composed a model of the dementia- and memory consulting which originates from the theory that has been used in the present work. This memory consulting model has been created for the city of Virrat, so that it could be used in their health care system. But this memory consulting model could be used and applied to a similarly sized population as Virrat. My thesis is qualitative research and method is action research, this thesis consist a report and product.

Keywords: Dementia, memory-disease, case management, consultation

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ .....	4
LIITTEET .....	6
1 JOHDANTO .....	8
2 MUISTIJÄRJESTELMÄ .....	9
2.1 Normaali ikääntyminen ja muisti.....	9
2.2 Pitkä- ja lyhytkestoinen muisti .....	10
3 MUISTISAIRAUDET .....	12
3.1 Ohimenevät ja hoidettavissa olevat muistihäiriöt.....	13
3.1.1 Masennus ja dementia.....	13
3.2 Etenevät muistisairaudet .....	14
3.2.1 Alzheimerin tauti .....	14
3.2.2 Vaskulaarinen dementia .....	15
3.2.3 Lewyn kappale –tauti .....	16
3.2.4 Frontotemporaaliset dementiat .....	16
3.2.5 Parkinsonin tautiin kuuluva dementia.....	17
3.2.6 Sekamuotoinen dementia .....	17
3.2.8 Alkoholidementia .....	18
3.3 Työikäisten muistisairaudet .....	18
5 DEMENTOIVIEN SAIRAUKSIEN DIAGNOSOINTI JA ETENEMISEN SEURAAMINEN .....	20
5.1 Muistitestit .....	20

5.2 Kognitiivisen suorituskyvyn mittarit.....	21
5.3 Neuropsykiatrinen haastattelu (NPI).....	22
5.4 Diagnosoinnin tehtävät perusterveydenhuollossa .....	23
<b>6 MUISTINEUVONNAN TEHTÄVÄALUEET .....</b>	<b>24</b>
6.1 Muisti- ja dementiaaneuvonta helposti saataviksi.....	26
6.2 Tietoa muistisairauksista .....	26
6.3 Erilaiset testit osana muistineuvontaa ja sairauden diagnosointia .....	26
6.4 Ensitieto ja sopeutumisvalmennus muistipotilaille ja heidän omaisilleen.....	27
6.5 Yksilökohtainen palveluohjaus .....	28
6.6 Hoito- ja palvelusuunnitelma palveluketjun perustana.....	30
6.6.1 Sähköinen kirjaus ja tiedonsiirto .....	32
6.7 Selviytymisstrategian luominen .....	33
6.7.1 Tuettu itsehoito .....	34
6.8 Omaishoitajuus ja sen tukeminen.....	34
6.9 Edunvalvonta.....	38
6.9.1 Hoitotahto .....	39
6.10 Tukien hakeminen .....	40
6.11 Vertaistukiryhmien järjestäminen.....	40
6.12 Ennakoiva ja ehkäisevä dementia työ .....	40
6.12.1 Muistipotilaan kuntoutus osana ehkäisevää työtä .....	41
6.13 Monitoimisuus ja muistitiimi dementia työssä .....	42
<b>7 MUISTINEUVONNAN MALLEJA JA DEMENTIATYÖN TULEVAISUUS .....</b>	<b>43</b>
7.1 Muistineuvonnan malleja Suomesta.....	43
7.2 Dementia työn kehittäminen tulevaisuudessa .....	44
<b>8 VIRTOLAISEN MUISTIPOTILAAN HOIDON NYKYTILA.....</b>	<b>45</b>

8.1 Virtain palvelut.....	45
8.2 Ylä-Pirkanmaan muistihäiriö- ja dementia potilaan hoitoketju .....	46
<b>9 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSPROSESSIN KULKU .....</b>	<b>48</b>
9.1 Tutkimusmenetelmä .....	48
9.2 Opinnäytetyön tavoite.....	49
9.3 Työn eteneminen.....	49
<b>10 MUISTINEUVONNAN IDEAALIMALLI VIRTAIN KAUPUNGILLE .</b>	<b>51</b>
10.1 Palveluprosessin kulku .....	51
10.2 Muistineuvonnan asiakkaat .....	52
10.3 Omaishoitajan tukeminen .....	52
10.4 Tukipalvelut lähelle asiakkaita .....	54
10.5 Muistineuvonnan henkilökunta ja heidän toimenkuvansa.....	54
10.6 Muistineuvonnan hyödyt ja kustannustehokkuus .....	56
10.7 Muistineuvonnan tilatarpeet.....	57
10.8 Muistineuvonnan ideaalimalli Virtain kaupungille .....	58
<b>11 POHDINTA.....</b>	<b>59</b>
11.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	60
11.2 Muistineuvonnan mallin arviointi.....	60
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>62</b>

## LIITTEET

Liite 1: Sopimus opinnäytetyöstä

Liite 2: Ikääntyneiden määrän väestöennuste, vuosille 2012 ja 2020

Liite 3: Omaishoitoperheiden kotona asumisen edistäminen

Liite 4: Ylä-Pirkanmaan muistihäiriö- ja dementia potilaan hoitoketju

## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Kolmitasoinen neuvonta – ja yksilökohtainen palveluohjausmalli.....	29
Kuvio 2. Dementiaperheen mahdolliset palvelut.....	31
Kuvio 3. Saumaton muistipotilaan hoitoketju.....	32
Kuvio 4. Kuntoutusmalli etenevissä muistisairauksissa.....	41
Kuvio 5. Dementia- ja muistineuvonnan malli.....	59

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni käsittelee dementia- ja muistineuvontaa sekä sen mallintamista Virtain kaupungille. Tavoitteenani on selventää dementia-työn kokonaisuutta ja löytää hyviä muistineuvonnan malleja. Tutkimusaihe on tärkeä, koska muistisairaudet lisääntyvät merkittävästi tulevien vuosikymmenten aikana. Syynä tähän on ikärakenteiden muuttuminen, sillä väestö vanhenee ja sairastumisriski lisääntyy korkean iän myötä.

Kyseessä on taloudellisesti merkittävä sairausryhmä, sillä dementiahoidosta syntyvät kustannukset ovat kallein menoerä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Yhden dementia-potilaan välittömät kustannukset ovat n. 24 000 euroa vuodessa ja 85 % kustannuksista syntyy pitkäaikaisesta ympärivuorokautisesta hoidosta, mutta vain 1 % kustannuksista syntyy dementoivan sairauden diagnosoinnista.

Muistisairautta kuitenkin alidiagnosoidaan ja tutkimuksiin hakeudutaan yhä liian myöhään. Keskeisimmäksi haasteeksi nousee taudin varhainen tunnistaminen. Tämä edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä tietoa ja taitoa hoitaa muistihäiriöistä asiakasta. Heiltä vaaditaan kykyä ohjata asiakas ja hänen omaisensa palvelujen ääreen. Palvelujärjestelmän tulisi vastata yhteiskunnan muuttuviin tarpeisiin. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008:3, 28-29.) nostetaan esille muistisaira-ihmisen erityistarpeet. Laatusuosituksessa korostetaan palvelujen jatkuvuutta sairausprosessin kaikissa vaiheissa. Suosituksessa kehoitetaan palvelujärjestelmää kehitettävän niin, että pääpaino on kotona asumista tukevissa palveluissa.



## 2 MUISTIJÄRJESTELMÄ

Ihmisen ajattelutoiminta ja tiedonkäsittely perustuu aivoihin tallennettuihin hermoverkkoihin, eli muistijälkiin. Kyseessä on kognitiivisen toiminnan keskeisin osa-alue, joka heikentyessään ilmenee mm. muistamisen vaikeutena. Normaaliin ikääntymiseen ei liity muistinmenetystä. Älyllisen toiminnan muutokset ovat terveellä vanhuksella vähäisiä. On huomattu, että muistisairaudessa ei ole kyse aivojen luonnollisesta vanhenemisesta, kuten luullaan. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 20-23.)

### 2.1 Normaali ikääntyminen ja muisti

Normaaliin ikääntymiseen kuuluu vähittäinen tiedonkäsittelyn hidastuminen, joka alkaa keski-ikässä. Muutoksia tapahtuu työmuistin tehokkuuden heikkenemisessä ja vaikeus tarpeettoman tai epäolennaisen tiedon ehkäisyssä. Nämä vaikeudet vaikuttavat erityisesti ikääntyneillä kykyyn omaksua uutta tietoa ja käsitellä tehokkaasti yksityiskohtaista informaatiota. Nykyisessä kulttuurissa nopea informaation uusiutuminen, tehokas tiedonkäsittely ja eteenpäin vieminen korostuvat. Älylliset toiminnot säilyvät ja karttuvat iän myötä. Kognitiivinen kehitys on joustavaa ja ihminen kykenee kompensoimaan ikämuutosten aiheuttamia puutteita. Lievä kognitiivinen hidastuminen ei haittaa arkea, mutta monet ikääntyneet kertovat siihen liittyvistä negatiivisista kokemuksista, esimerkiksi uusien asioiden oppimisessa. Ikääntynyt tarvitsee enemmän aikaa päätöksentekoon, toiminnan käynnistämiseen ja muihin tiedonkäsittelyn vaiheisiin. (Suomi & Hakonen 2008, 162-163.)

Aivojen paino alkaa pienentyä 20. ikävuoden jälkeen, tämä johtuu hermosolujen tasaisesta häviämisestä. Hermosolujen ulokkeiden ja niissä olevien synapsikontaktien määrä vähenee. 85 –vuotiaan aivot painavat noin 8% vähemmän, kuin nuoren aikuisen aivot. Vanhus on yhä oppimiskykyinen ja pystyy

suoriutumaan vaativissakin tehtävissä mainiosti, vaikkakin hieman nuorempia hitaammin. (Soinila 2003, 63.)

Vanhus huolestuu muististaan, kun nimet, tapahtumat ja sovitut asiat alkavat unohtua mielestä. Unohtelussa on kyse aivojen toiminnallisesta esteestä ja tarkkaavaisuuden puuttumisesta. Tavallisten arkiaskareiden tekeminen vaatii tarkkaavaisuutta tekeillä olevaa asiaa kohtaan. Tarkkaavaisuuden puuttuessa toiminnan tarkistuksen edellyttämää muistijälkeä ei synny. Normaalista fyysisestä rasituksesta, pitkäaikaisesta univajeesta tai sairaudesta johtuva väsymys saattaa alentaa ikääntyneen vireystilaa ja heikentää muistin toimintaa. Mielentila vaikuttaa kykyyn kohdistaa tarkkaavaisuutta haluamaansa kohteeseen. (Soinila 2003, 62-63.)

Terveellä vanhuksella asioiden mieleenpainaminen tapahtuu hitaammin ja mieleen palauttaminen on työläämpää. Aikoinaan mieleen painetut asiat säilyvät muistissa ja hetkeksi kadonneet nimet sekä tapahtumat muistuvat mieleen vihjeiden ja muistivinkkien avulla. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 19.)

## **2.2 Pitkä- ja lyhytkestoinen muisti**

Pitkäkestoinen muisti, josta saatetaan puhua säilömuistina, sisältää mm. tapahtumamuistin, tietomuistin ja taitomuistin. Tapahtumamuistiin (episodinen muisti) tallentuu erilaiset tapahtumat, nimet, paikat ja henkilöiden kasvot. Tapahtumamuistista löytyy vastaus kysymyksiin; mitä, missä ja milloin. Tapahtumamuisti toimii hippokampuksen ja talamuksen varassa. Tietomuisti (semanttinen muisti) kerää tietoa asioista, esimerkiksi paikkakuntien nimet. Tietomuistille olennaista on asioiden kertaamisen tärkeys. Taitomuisti (proseduraalinen muisti) sisältää kaikki opitut taidot, esimerkiksi pyörällä ajon. Ikääntyessä ja muistin heiketessä taitomuisti säilyykin parhaiten, esimerkiksi paljon käsitöitä tehnyt muistaa vielä pitkään, kuinka kudotaan sukka. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 21.)

Lyhytkestoinen työmuisti tallentaa otsalohkolle kaiken tiedon, mitä tarvitaan lyhyen aikaa. Työmuistille on ominaista rajallinen kapasiteetti ja nopea unohtaminen. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2002, 57, 63.)

### 3 MUISTISAIRAUDET

Dementiaoireisten muistipotilaiden määrän tiedetään lisääntyvän. Vuonna 2040 arvioidaan 75 –vuotta täyttäneitä olevan hieman vajaa miljoona, eli noin 16% väestöstä. Kasvua tapahtuu 85 –vuotta täyttäneiden ikäryhmässä, heitä on arviolta 2,5 kertainen määrä, verraten vuoteen 2006. Koko väestöstä heidän osuus olisi 6%, eli noin 350 000 henkeä. (Voutilainen, Kauppinen & Huhtamäki-Kuoppala 2008, 21.) Liitteessä 2. on Päivi Voutilaisen väestöennusteen vuosille 2012 ja 2020. Kuvioista ilmenee, että ikääntyvä väestö lisääntyy huomattavasti, verraten vuoteen 2007. Kuviossa 2. on myös arvio dementoituneiden määrän lisääntymisestä.

Muistisairauksia sairastavat ihmiset ovat suurin, yksittäinen neurologinen sairausryhmä. Riskitekijöitä sairastumiselle ovat korkea ikä, aiemmin sairastettu masennus, verenpainetauti, liika kolesteroli tai diabetes. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 12, 70.) Tyypillisimpiä muutoksia tapahtuu havainnoinnissa, päättelykyvyssä ja kielellisessä sujuvuudessa. Sairauden edetessä persoonallisuus muuttuu ja käytösoireet lisääntyvät. (Finne-Soveri 2008, 26.)

Muistihäiriöinen ihminen menettää vähitellen kykyään toimia itsenäisesti ja suoriutua arjen toiminnoista. Sairauden loppuvaiheessa hän on riippuvainen muiden antamasta avusta. Muistia heikentävät sairaudet ovat ikääntyneiden merkittävin syy joutua ympärivuorokautiseen laitoshoitoon. Ja nämä sairaudet aiheuttavat eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 9.)

Muistihäiriöiden syyt voivat olla ohimeneviä, hoidettavissa olevia, pysyviä tai eteneviä. Hoidettavissa olevat tilat tulisi huomioida, ennen pysyvää henkisen toimintakyvyn muutosta. Vaaratekijät tulisi saada hallintaan ja syyn mukainen hoito tulisi aloittaa mahdollisimman varhain. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 48-49.)

### **3.1 Ohimenevät ja hoidettavissa olevat muistihäiriöt**

Ohimeneviä muistihäiriöiden syitä voivat olla aivoverenkierron häiriöt, epilepsia tai lievä aivovamma. Muistamattomuus voi aiheutua psyykkisistä tai aineenvaihdunnallisista häiriöistä. Muistia heikentävät myös liiallinen tupakka, lääkkeet, alkoholi ja kiireinen elämänrytmi. Muita muistihäiriöitä aiheuttavia tekijöitä ovat masennus tai uupumus. Joskus syynä muistisairauteen voi olla lisämunuaisten toiminnan häiriö tai natrium-pitoisuuden vähyys. B12-vitamiinin, foolihapon ja B1-vitamiinin puutos aiheuttaa usein muistihäiriöitä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 48-49.)

#### **3.1.1 Masennus ja dementia**

Masennuksen eli depression tiedetään heikentävän muistia. Masennus on kuitenkin hoidettavissa oleva, muistia heikentävä oire. Työikäisellä ihmisellä muistivaikkeudet johtuvat tehottomasta asioiden mieleen painamisesta. Vanhuksella masennus saattaa aiheuttaa muistinmenetystä, käsittelykyvyn heikentymistä ja toimintakyvyn alentumista. Dementoitunut ihminen peittelee sairauden tuomia oireita, masentunut ihminen tuo niitä korostetusti esille. Dementoitunut vastaa kysymyksiin usein väärin ja vanhat asiat palautuvat mieleen, kun taas masentunut ihminen vastaa kysymyksiin ”en tiedä” –vastauksilla ja mieleen ei palaudu vanhoja asioita eikä myöskään uusia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 55-56.)

Vanhuksen omat huomiot henkisen toimintakykynsä heikentymisestä, kuten muistin huonontumisesta, saattaa laukaista masennuksen. Masennuksen oireita ovat: elämänilon menetys, elämään tyytymättömyys, tyhjiys, yksinäisyys, toivottomuuden tunne, avuttomuus sekä tunne huonoudesta, hyödyttömyydestä, syyllisyydestä ja häpeästä. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 304.)

Masennus ja dementia voivat esiintyä samanaikaisesti. Tutkimukset ovat osoittaneet, että masennus on Alzheimerin taudin riskitekijä ikääntyneillä ihmisillä.

Osalla Alzheimerin tautiin sairastuneilla dementia alkaa depressiivisillä oireilla ja aikaisemmin sairastettu masennus saattaa puhjeta uudelleen henkilön dementoiduttua. Dementian ja masennuksen erottaminen voi olla ongelmallista, etenkin Alzheimerin tautia sairastavan kohdalla. Tutkimusten yhteydessä tulisi haastatella omaisia ja kartoittaa mahdolliset depressiiviset oireet, joita potilaalla on saattanut esiintyä. (Kivelä & Räihä 2006, 238-239.)

### **3.2 Etenevät muistisairaudet**

Eteneviä muistisairauksia ovat mm. Alzheimerin tauti, Vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale –tauti, frontotemporaaliset dementiat sekä Parkinsonin tautiin kuuluva dementia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 76, 95.)

#### **3.2.1 Alzheimerin tauti**

Alzheimerin tauti on tunnetuin muistia heikentävä sairaus. Tautia sairastaa 60 - 70 % kaikista dementoituneista. Se on hitaasti etenevä aivosairaus, johon liittyy aivoalueiden sekä neurokemiallisten järjestelmien vaurioitumista. Sairauden riskitekijöitä ovat korkea ikä, suvussa esiintynyt dementia, matala koulutustaso, korkea verenpaine, diabetes ja suuri kolesterolitaso. Aiemmin sairastettu masennus on yksi sairastumisriskiä lisäävä tekijä. Oireet ilmenevät muistamisen vaikeutena, myös muut kognition osa-alueet heikkenevät. Tauti voidaan diagnosoida ennen dementiaa, tyypillisen oireenkuvan perusteella. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2002, 122-123.)

Alzheimerin tauti voidaan jakaa viiteen eri vaiheeseen; oireeton Alzheimerin tauti, varhainen Alzheimerin tauti, lievä-, keskivaikea- ja vaikea Alzheimerin tauti. Oireettomassa vaiheessa joillain potilaista voidaan todeta lievää kognitiivista heikentymistä (mild cognitive impairment, MCI). MCI:ssä on kyse aivojen älyllisten toimintojen häiriöstä, joka aiheuttaa vuosittain n. 12 – 15 %:lla potilaista alkavan Alzheimerin taudin. Lievässä kognitiivisessa heikentymässä kertaamalla

oppiminen on työläämpää, tuoreet asiat katoavat muistista. Kuitenkin arkielviytyminen ja yleinen älyllinen toiminta on säilynyt. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2002, 79-81, 123, 127.)

Varhaisessa Alzheimerin taudissa sairastuneella ei yleensä ole selkeää dementian oireenkuvaa, vaan hänet on luokiteltu MCI-ryhmään. Varhaisessa vaiheessa oppiminen on työläämpää ja sairastuneilla ilmenee unohtelua. Keskustelua onkin herättänyt kysymys, voisiko Alzheimerin taudin diagnoosin tehdä tavallista aikaisemmin, sillä MCI:tä pidetään Alzheimerin taudin esivaiheena. Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että MCI:n ennuste on vaihteleva. Suurin osa MCI-potilaista sairastuu myöhemmässä vaiheessa Alzheimerin tautiin. Osalle MCI-potilaista muistisairautta ei tule ollenkaan. (Soininen 2008, 24-25.)

### **3.2.2 Vaskulaarinen dementia**

Vaskulaarinen dementia on toiseksi yleisin dementoiva sairaus. Sen osuus kaikista dementioista on noin 15 - 20 %. Vaskulaarisen dementian aiheuttajana ovat sydän- ja verisuoniperäiset aivoverenkierron häiriöt. Aivoverenkiertohäiriöistä johtuvat muistisairaudet ovat erilaisia, sillä oireet riippuvat häiriön laajuudesta ja sijainnista. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 76.) Joillekin potilaista tulee kielellisiä vaikeuksia heti taudin alkuvaiheessa, jotkut potilaista kokee ongelmia tilan hahmottamisessa. Vaskulaarisessa dementiaassa toiminnan ohjaus, suunnitelmallisuus ja kokonaisuuksien jäsentäminen saattavat häiriintyä. (Vallejo Medina ym. 2006, 278.)

Sairaus on portaittain etenevä, välillä tauti voi pysähtyä ja toimintakyky saattaa hetkellisesti parantua. Välillä taas tauti etenee äkillisesti. Muistioireita tulee kaikille sairastuneille, mutta ne eivät ole yhtä vaikeita, kuin Alzheimerin taudissa. Vaskulaarista dementiaa sairastava on yleensä pitkään selvillä oman toimintakykynsä puutteista ja tästä tietoisuudesta saattaa aiheutua ahdistuneisuutta sekä masentuneisuutta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 76-77.)

### 3.2.3 Lewyn kappale –tauti

Lewyn kappale –tautia sairastaa 15 – 20 % kaikista dementoituneista, eli arviolta 10 000 suomalaista. Sairastuneet ovat keskimäärin nuorempia, kuin Alzheimerin tautia sairastavat. Tauti alkaa 60 - 65 –vuoden iässä ja sen kesto on vaihteleva, se voi kestää alle viisi vuotta tai jatkua jopa kymmeniä vuosia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90.)

Taudin alussa lähimuisti ja oppimiskyky ovat toimintakunnossa, kuitenkin osa älyllisistä toiminnoista on heikentynyt. Virkeänä Lewyn kappale –tautia sairastavan muisti voi vaikuttaa normaalilta, mutta väsyneenä muisti saattaa pettää ja looginen ajattelu harhautua. Dementian edetessä oireet lisääntyvät ja ne muistuttavat Parkinsonin tautia. Ilmeettömyys, jäykkyys, hiihtävät ja lyhyet askeleet sekä eteenpäin kaatumistaipumus ovat tyypillisiä Lewyn kappale –tautia sairastavan oireita. (Vallejo Medina ym. 2006, 278.)

Tautia sairastavalla on usein vireydetason vaihteluita. Hän saattaa kokea myös sekavuutta ja nähdä harhoja. Harhat ovat useimmiten näköharhoja ja sairastunut pystyy kuvaamaan ne hyvin tarkasti. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 91-92.)

### 3.2.4 Frontotemporaaliset dementiat

Frontotemporaalisille degeneraatioille on tyypillistä aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuvat oireet. Frontotemporaalinen degeneraatio on yleisnimitys kyseisille oireyhtymille, joita ovat mm. frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Suomessa arvellaan olevan 600 - 700 frontotemporaalisiin degeneraatioihin sairastunutta ja tauti alkaa yleensä 45 - 65 ikävuoden välillä. Taudin kesto vaihtelee 2:sta vuodesta 20 –vuoteen, keskimäärin sairaus kestää 8 vuotta. Frontotemporaaliselle dementialle keskeistä on sairastuneen persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset, potilaalla saattaa esiintyä estottomuutta, arvostelukyvyyttömyyttä tai huolettomuutta. Muita piirteitä ovat aloitekyvyttömyys ja apaattisuus. Muistivaikeudet eivät korostu samalla tavoin, kuin Alzheimerin taudissa, tapahtumamuisti on paremmin säilynyt ja



frontotemporaalista dementiaa sairastava hyötty muistivihjeistä. Puheen tuotto on heikkoa, potilas saattaa toistaa samaa sanaa tai tavua. Sairauden edetessä saattaa ilmentua myös kävelyvaikeuksia ja hidasliikkeisyyttä sekä ns. primitiiviheijasteita, kuten tarttumis- ja imemisrefleksiä (Rinne 2006, 167-172.)

### **3.2.5 Parkinsonin tautiin kuuluva dementia**

Parkinsonin tauti alkaa hitaasti ja oireet pahenevat ajan myötä. Suomessa arvioidaan olevan noin 8000 Parkinson-potilasta. Taudin perussyynä on väliaivojen hermosolujen vähittäinen tuhoutuminen. Keskeisiä oireita ovat vapina, hidasliikkeisyys ja jäykkyys, myös liikkeiden aloittamisessa on vaikeuksia. Suurella osalla Parkinsonin tautia sairastavalla esiintyy kognitiivisten toimintojen heikkenemistä, kuten toiminnanohjauksen ongelmia sekä muistin ja avaruudellisen hahmottamisen vaikeuksia. Dementian yleisyys Parkinsonin tautia sairastavien keskuudessa vaihtelee, mutta keskimäärin sitä tavataan noin 30 - 40 %:lla potilaista. On myös havaittu, että dementia kehittyy 80 %:lle Parkinson-potilaista. Neuropsykologisissa tutkimuksissa voidaan todeta muistivaikeudet jo sairauden varhaisvaiheessa.

### **3.2.6 Sekamuotoinen dementia**

On olemassa myös sekamuotoisia muistisairauksia, sillä noin kolmasosalla Alzheimer-potilaista on verenkierröllisiä häiriöitä, jotka taas ovat tyypillisiä piirteitä Vaskulaariselle dementialle. Kahden taudin yhteys on merkittävä ja voidaan jopa puhua dementian uudesta alatyypistä. Sekamuotoisen muistisairauden vaaratekijöitä voivat olla esimerkiksi verenpainetauti, eteisvärinä, valtimonkovettumistauti ja aivohalvaus. Myös taudin syntyyn vaikuttavia, yhteneviä piirteitä on havaittu sairastuneen aivoissa, esimerkiksi erityyppiset solukuolemat ja niiden seurauksena kudosten surkastumista ja valkean aineen muutoksia sekä tulehduksellisia muutoksia. Sekamuotoista muistisairautta esiintyy tavallisimmin vanhenevan väestön keskuudessa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 84-85.)

### 3.2.8 Alkoholidementia

Arviolta 25 %:lla dementoituneista on alkoholiin liittyviä ongelmia. Alkoholismin aiheuttama dementia muistuttaa taudinkuvaltaan frontotemporaalista dementiaa. Sairastuneilla ilmenee välinpitämättömyyttä, syy- ja seuraussuhteiden ymmärtämisen vaikeuksia, estottomuutta ja empatian puutetta. Alkoholidementian kriteerit ovat; 1) laaja-alaiset kognitiiviset puutokset, kuten muistihäiriöt ja vähintään yksi seuraavista: afasia, apraxia, agnosia tai toiminnanohjauksen häiriö. 2) Edellämainitut häiriöt aiheuttavat merkittävää haittaa elämässä 3) haitat esiintyvät muulloinkin, kuin deliriumin yhteydessä 4) on näyttöä siitä, että edellämainitut haitat liittyvät alkoholin käyttöön. (Runsten, [viitattu 25.10.2009])

### 3.3 Työikäisten muistisairaudet

Suomessa on n. 7000 työikäistä (alle 65 v.) muistisairasta. Työikäisten muistipotilaiden määrä tulee myös kasvamaan kun tietoisuus dementiasta lisääntyy ja diagnostiikka paranee. Työikäisten muistisairaudet etenevät nopeammin, kuin vanhemman väen sairaudet. Lisäksi muistisairauksiin liittyy usein myös käytösoireita, jotka saattavat johtua elämäntilanteen äkillisestä muutoksesta. Muistiongelmista kärsivä voi osoittaa aggressiivisuutta, levottomuutta ja hermostuneisuutta, kun omat kyvyt ovat heikentyneet ja avuntarve kasvaa. Työikäisen muistisairaus peittyä usein työuupumuksen, päihderiippuvuuden tai masennuksen alle, jolloin oikean diagnoosin saaminen voi viedä aikaa. Muistipotilaan tunnistaminen ja taudin määrittely olisi kuitenkin ensiarvoisen tärkeää, jotta lääkitys ja kuntoutus voitaisiin aloittaa mahdollisimman varhain. (Härmä 2008, 24-25.)

Heimosen (2005) tutkiessa kymmenen työikäisen Alzheimer-potilaan kokemuksia, selvisi, että oireiden tunnistamiseen ja niihin suhtautumiseen oli neljä eri tapaa. *Kieltäjä* ei tunnistanut muistihäiriön oireita tai sulki pois niiden esiintymisen ja merkityksen, eivätkä oireet haitanneet. *Tunnistaja* havaitsi oireensa ja hakeutui aktiivisesti tutkimuksiin. *Välttelijä* tunnisti oireensa, mutta saattoi selitellä tai vähätellä niitä. Ja *havahtuja* huomasi oireensa, vasta kun muut ihmiset

huomauttivat niistä, jolloin alkoi myös itse huolestua oireista. Kaikki kymmenen haastateltavaa kuvasivat elävänsä aktiivista elämää ja kertoivat, että aktiviteetit liittyivät sairaudesta selviytymiseen sekä yleiseen elämänasenteeseen. Osalla sairastuneista harrastukset kuvasivat itsearvostusta ja henkistä hyvinvointia. Työikäiset sairastuneet kuvasivat saaneensa riittävästi tietoa Alzheimerin taudista, sopeutumisvalmennuksen ja vertaistuen merkitystä korostettiin tärkeäksi. Sairastuneet kertoivat, että lapset ja lapsenlapset toivat positiivisia kokemuksia ja voimavaroja sairauden kanssa jaksamiseen. Kokemukset sairastuneen ja hänen lastensa väleistä olivat erilaisia. Kuudella sairastuneella haastatellulla asui kotona vielä alle 18 –vuotiaita lapsia. Osa koki suhteen säilyneen entisellään, osa kertoi suhteiden tiivistyneen ja osa kertoi niiden etääntyneen. Heimonen kysyi haastateltavilta, työikäisiltä Alzheimerin tautia sairastavilta, ohjeita sairauteen suhtautumiseen. Haastateltavat kertoivat, että tauti hyväksyttäisiin osana elämää, sairautta vastaan taistellaan ja sairaudelle alistutaan. Huumori koettiin yhdeksi positiivisuutta kantavaksi voimaksi. Taistelulla työikäiset muistipotilaat tarkoittivat, että sairaudesta huolimatta täytyi elää täysillä. Yhdeksi merkittäväksi seikaksi nousi elämässä uudelleen järjesteltävät asiat, kuten työstä luopuminen koettiin raskaaksi. Myös perheen sisäiset roolit olivat muuttuneet, monessa tapauksessa puoliso hoiti kodin arkiaskareet. (Heimonen 2005, 66-108.)

## **5 DEMENTOIVIEN SAIRAUKSIEN DIAGNOSOINTI JA ETENEMISEN SEURAAMINEN**

Yleislääkärien dementiapotilaista n. 60 % asuu kotona, 40 % laitoksissa ja palveluasunnoissa. On myös asiakkaita jotka eivät ole palvelujen piirissä, sillä arviolta puolella dementiaa sairastavista ikäihmisistä sairauden diagnoosi on tekemättä. (Löppönen 2008)

Varhainen dementian diagnosointi ja muistilääkkeen aloitus parantavat muistipotilaan toimintakyvyn säilymisen ennustetta. Sen on todettu olevan myös sekä sairastuneen että yhteiskunnan kannalta kustannustehokkain vaihtoehto. Kuitenkin dementoivien sairauksien alidiagnosointi on tämän hetkinen ongelma. (Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Laadukkaat dementiapalvelut, Opas kunnille, 11, 49.) Diagnoosi voidaan tehdä perusterveydenhuollossa, mutta dementialääkityksen voi toistaiseksi aloittaa vain neurologi tai geriatrian erikoislääkäri. (Finne-Soveri 2008, 27.)

Dementiadiagnoosin saamiseksi ei riitä pelkät muistivaikeudet, vaan kriteerinä on, että useampi älyn osa-alueista on heikentynyt ja ongelmia on ainakin yhdellä seuraavista alueista: kielellinen häiriö (afasia), liikesarjojen suorittamisen häiriö (apraksia), tunnistamisen ja nähdyn merkityksen ymmärtäminen (agnosia) tai vaikeuksia toiminnan suunnittelussa ja kokonaisuuksien jäsentämisessä. (Vallejo Medina ym 2006, 275.) Näistä diagnoosikriteereistä käytetään yleisesti nimitystä DSM-IV –kriteerit.

### **5.1 Muistitestit**

Muistitestien tarkoituksena on arvioida älyllisen toimintakyvyn laatua ja määrää. Testien perusteella pystytään toteamaan muistihäiriö, jo ennen kuin sairastuneen itsenäinen selviytyminen on heikentynyt. Yleisin seulontamenetelmä muistihäiriötä epäiltäessä on MMSE, eli Mini-Mental State Examination –asteikko. Testi sisältää

kysymyksiä orientoitumisesta aikaan ja paikkaan sekä lyhyitä, muistia, keskittymistä ja hahmottamista arvioivia tehtäviä. MMSE:llä voidaan saada yleiskäsitys mahdollisen muistihäiriön olemassa olost. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 107.)

CERAD -tehtäväsarja (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) on kehitetty Alzheimerin taudin yhdeksi tutkimusmenetelmäksi. Testissä arvioidaan välitöntä että viivästettyä muistia, nimeämistä, hahmottamista sekä toiminnan ohjausta ja sujuvuutta. CERAD -tehtäväsarja sisältää myös MMSE:n yhtenä osa-alueena. Testin tekeminen vie noin 20-30 minuuttia aikaa ja testaaajalta edellytetään perehtyneisyyttä testin tekoon sekä tulosten tulkintaan. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 110-113.)

## **5.2 Kognitiivisen suorituskvyn mittarit**

ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale - Cognitive) on Alzheimerin taudin kognitiivisen suorituskvyn mittari. Se toimii parhaiten sairauden keskivaikean vaiheen seurannassa. Testi erottelee myös lievää Alzheimerin tautia sairastavat, terveestä väestöstä. ADAS-Cog:illa voidaan mitata mm. kielellisiä kykyjä, ohjeiden seuraamista, sanojen löytymistä ja tunnistamista. Ikä ja koulutus vaikuttavat testitulokseen huomattavasti. Tehtäväsarja ilmaisee dementian etenemisen herkästi, siksi sitä onkin käytetty erilaisissa lääketutkimuksissa mittaamassa lääkkeen vaikutusta kognitiiviseen suorituskvyn.

Pitkälle edenneen Alzheimerin taudin kognitiivisia taitoja voidaan mitata SIB -mittarilla (Severe Impairment Battery). SIB -tehtäväsarja sisältää 40 yksinkertaista kysymystä tai tehtävää. Kysymykset on jaoteltu seuraaviin osa-alueisiin: tarkkaavaisuus, orientaatio, kieli, muisti, visuaalinen hahmottaminen ja konstruktiiiviset toiminnot. (Pirttinen ja Koponen 2006)

### 5.3 Neuropsykiatrinen haastattelu (NPI)

Neuropsykiatrinen haastattelu (NPI) on kehitetty Alzheimerin tautiin liittyvien käytösoireiden tunnistamiseksi. NPI:tä käytetään myös muilla potilailla, joilla on aivotoiminnan häiriöitä. Testin on todettu olevan herkkä tunnistamaan sairastuneen tilassa tapahtuvat muutokset ja testin luotettavuus on korkea. Haastattelu tehdään potilaan hoitajalle ja olisi suositeltavaa, että haastateltava sekä hoidettava asuisivat yhdessä. Haastattelu tulee suorittaa siten, että hoidettava ei ole tilanteessa läsnä. Tällöin pystytään avoimeen keskusteluun käytösoireita kuvailtaessa. Hoitajalle, jota testillä haastatellaan, tulisi selvittää haastattelun tarkoitus, arviointiasteikko ja että vastaukset koskevat niitä käytösoireita, jotka ovat tulleet sairauden myötä. Kysymyksiin voidaan vastata kyllä ja ei –vastauksilla ja vastausten tulisi olla lyhyitä. Kysymykset saattavat haastateltavasta tuntua vaikeille asioille käsiteltäviksi ja haastattelijan tulisikin kertoa, että voisivat keskustella NPI-testin jälkeen mieltä vaivaavista asioista. Testin tarkoituksena on myös antaa haastattelijalle mielikuva hoidettavan raskaudesta.

NPI sisältää 10 kysymystä, joilla kartoitetaan seuraavia toimintakyvyn ja käyttäytymisen häiriöitä (Cummings 1994):

- Harhaluulot
- Aistiharhat
- Levottomuus/aggressiivisuus
- Masentuneisuus/alakuloisuus
- Ahdistuneisuus
- Kohonnut mieliala/ epäasianmukainen iloisuus
- Apatia/välinpitämättömyys
- Estottomuus
- Ärtyisyys/mielialan vaihtelu
- Poikkeava motorinen käyttäytyminen
- Unen häiriöt
- Ruokahalun ja syömisen häiriöt.

## 5.4 Diagnosoinnin tehtävät perusterveydenhuollossa

Muistihoitaja ohjaa asiakkaan omalääkärille ja tekee lähetteen laboratoriokokeisiin. Perustutkimuksissa katsotaan seuraavat verikokeet: PVK, K, Na, Krea, TSH, B12 –vitamiini, Ca-lon, ALAT, B-gluc. Tarvittaessa voidaan tarkistaa muitakin arvoja, esimerkiksi potilaan rasva-arvot. Myös thorax-röntgen ja EKG kuuluvat perustutkimuksiin. Lisäksi kaikille potilaille tehdään aivojen kuvantaminen, joko tietokonekerroskuvaus (CT) tai magneettikuvaustutkimus (MRI). Tutkimusten jälkeen asiakas tulee omalääkärin vastaanotolle, kliinisen statustutkimuksen lisäksi omalääkäri haastattelee potilasta ja hänen läheistään, keräten muistiongelmiin liittyvät esitiedot. Samalla kartoitetaan muistipotilaan älyllistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä mielialatekijöitä. Tarvittaessa omalääkäri ohjaa asiakkaan jatkotutkimuksiin geriatrian muistipoliklinikalle tai neurologin vastaanotolle. (Vuori & Heimonen 2007, 41-42.)

Tietokonekuvauksella voidaan todeta harvinaisia ja osin hoidettavissa olevia pään tiloja, kuten kallon normaalipainehydrokefalus tai otsalohkoalueen meningeooma-kasvain, joka on tavallisimmin hyvänlaatuinen aivokalvokasvain. Myös aivoverenkierron häiriöt näkyvät pään CT-kuvauksessa. Pään magneettikuvaus on tarkempi aivojen kuvantamismenetelmä, sillä pystytään havaitsemaan pienimmätkin aivoverenkierron aiheuttamat häiriöt. Alzheimerin taudin varhaiset muutokset näkyvät magneettikuvauksessa tyypillisinä, aivojen sisemmän otsalohkon ja hippokampuksen kutistumina. Taudin varhaisessa tunnistuksessa magneettikuvaus on tietokonekerroskuvausta parempi kuvantamismenetelmä, sillä pystytään myös erottamaan Alzheimerin tauti masennuksesta. (Tietokonekuvaus ja magneettikuvaus [viitattu 25.10.2009])

## 6 MUISTINEUVONNAN TEHTÄVÄALUEET

Muistineuvonta on tavoitteellista ja ohjaavaa neuvontaa, jonka keskeisenä periaatteena on varhaisdiagnostiikan parantaminen. Lisäksi neuvonta auttaa muistihäiriöistä sekä hänen läheisiään sopeutumaan sairauden tuomiin muutoksiin. Neuvontaa voi tapahtua asiakas- ja potilasvastaanotoilla, puhelinneuvontana, muistineuvola- ja poliklinikkatapaamisina tai kotikäynteinä. Dementoituneen ja hänen läheistensä kannalta on tärkeää se, mitä palveluja on tarjolla ja mistä niitä saadaan. (Huhtamäki-Kuoppala ja Heimonen 2008, 17, 55-56.) Muistineuvontaa toteutetaan hyvin erilaisin mallein, esimerkiksi kolmas sektori tekee muistitutkimuksia ja ohjaa tarvittaessa erikoissairaanhoidon. He myös järjestävät ensitieto- ja sopeutumisvalmennuspäiviä sekä ohjaavat muistipotilaat palvelujen ääreen. Kolmas sektori saa rahoitusta erilaisille kunnissa toteutettaville hankkeille ja projekteille. Tunnetuin rahoittaja on Raha-automaattiyhdistys. Hankkeiden ja projektien tavoitteena olisi jäädä pysyväksi käytännöksi kuntiin, mutta usein kunnilla ei riitä resursseja jatkaa palvelun tuottamista. Neuvontaa voidaan toteuttaa myös kunnan tai kaupungin omana palveluna, esimerkiksi terveyskeskuksen yhteydessä. Lisäksi se voi olla useamman kunnan tai kuntayhtymän yhteinen palvelumuoto. Joissain kunnissa muistineuvontaan on koulutettu yksi tai useampi hoitaja, jotka tekevät oman päivätyönsä ohessa muistitutkimuksia kotona asuville vanhuksille. Suurempiin kaupunkeihin on myös perustettu muistineuvoloita ja muistitiimejä, joissa työskentelee muistihoitajia, muistikoordinaattoreita ja muistisairauksiin erikoistuneita lääkäreitä.

Muistineuvonnan ja neuvolatoiminnan aloittaminen vaatii riittävästi osaavaa henkilöstöä, kuten muistihäiriöihin perehtynyttä yleislääkärinä ja muistihoitajaa sekä mahdollisuutta neurologin tai geriatriin konsultointiin. Erinomaisilla resursseilla toimivassa muistineuvolassa olisi muistikoordinaattori, useampi muistihoitaja, sosiaalityöntekijä, neuropsykologin vastaanotto omana toimintana tai ostopalveluna sekä geriatriin vastaanotto. Lisäksi tarvitaan asianmukaiset tutkimus- ja työskentelytilat. Laboratoriopalvelut- ja kuvantamismahdollisuudet voidaan hankkia ostopalveluina erikoissairaanhoidosta tai yksityiseltä



palveluntuottajalta. (Lupsakko, Joiniemi, Karhu & Remes 2005, 14-15.) Palvelut voidaan tuottaa joko lähipalveluina tai seudullisina palveluina. Lähipalvelut ovat muistisairautta sairastavalle ihmiselle tärkein palvelumuoto, sillä ne tuotetaan suoraan asiakkaan kotiin tai kodin lähetyvillä. Keskeisimpiä lähipalveluita ovat palvelutarpeen arviointi, kotihoito, omaishoidon tuki ja sosiaalityö. Seudulliset palvelut sijaitsevat vähintään 20 000 asukkaan kunnassa tai kuntayhtymässä. Palvelut ovat erityispalveluita, kuten käytösoireisten muistipotilaiden erityisasiantuntemusta tarjoavia hoitoyksiköitä tai gerontologista osaamista vaativia palveluja. Tärkeintä kuitenkin on, että palvelut ovat kaikkien kuntalaisten helposti saatavissa ja niihin tulisi olla mahdollisimman matala kynnys hakeutua.

Olen koonnut muistineuvonnan tehtäväalueita, jotka ovat nousseet käyttämäni lähteiden pohjalta:

- Muisti- ja dementia-neuvonnan helppo saatavuus
- Tarjota tietoa dementoivista sairauksista
- Muistitestien sekä toimintakykyä ja mielialaa mittaavat testit, diagnosointi
- Ensitieto- ja sopeutumisvalmennus muistipotilaille ja heidän omaisilleen
- Yksilökohtainen palveluohjaus
- Hoito- ja palvelusuunnitelman palveluketjun perustana
- Sähköinen kirjaaminen ja tiedonsiirto
- Selviytymisstrategian luominen
- Tuettu itsehoito
- Omaisten tukeminen ja konsultointi
- Edunvalvonta ja hoitotahto
- Tukien hakeminen
- Vertaistukiryhmien järjestäminen
- Ennakoiva ja ehkäisevä dementia-työ
- Kuntoutus
- Monitoimisuus ja muistitiimi dementia-työssä

Seuraavilla sivuilla avaan esittämäni muistineuvonnan tehtäväalueet.

### **6.1 Muisti- ja dementia-neuvonta helposti saataviksi**

Muisti- ja dementia-neuvonta tulisi olla kaikkien kuntalaisten helposti saatavissa, neuvonnasta voitaisiin tiedottaa esimerkiksi paikallislehdissä ja terveyskeskuksessa sekä erilaisia luentotilaisuuksia järjestämällä. palvelun vastaanotolle tulisi olla matala kynnys hakeutua, jotta tutkimukset voitaisiin aloittaa mahdollisimman varhain. Kynnystä madaltaisi se, että muisti- ja dementia-neuvontaa pystyisi hakemaan ilman erillistä lääkärin lähetettä, joko omasta huolesta muistinsa suhteen tai läheisten aloitteesta. Neuvontaan voitaisiin ohjata myös terveyskeskuksen tai kotihoidon henkilöstön aloitteesta. (Lupsakko, Joiniemi, Karhu & Remes 10/2005,12-14.)

### **6.2 Tietoa muistisairauksista**

Kunnan tai kaupungin on tarjottava tietoa ihmisille, mitä pitäisi tehdä, jos huomaa itsellään tai läheisellään muistiongelmia. On korostettava, että tutkimuksiin kannattaa hakeutua ajoissa. Perusterveydenhuollon lääkäreiltä ja henkilökunnalta edellytetäänkin valppautta niiden asiakkaiden suhteen, jotka hakeutuvat terveydenhuoltoon muistipulmiensa takia. Heidän tulee myös huomata ne asiakkaat, joiden puheessa ja käytöksessä on dementoituneelle tyypillisiä piirteitä, mutta asiakas ei itse niitä tiedosta. (Finne-Soveri 2008, 27-28.)

### **6.3 Erilaiset testit osana muistineuvontaa ja sairauden diagnosointia**

On olemassa useita testejä, joita voidaan tehdä esimerkiksi asiakkaan kotona tai muistipoliklinikan vastaanotolla. Testejä voivat tehdä niihin perehtyneet sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöt. Esimerkiksi hoitaja tai lääkäri tekee MMSE -testin ja CERAD –tehtäväsarjan varhaisessa vaiheessa, kun asiakkaalla epäillään muistihäiriötä tai jo olemassa olevaa muistisairauden vaihetta seurataan. Testit

soveltuvat hyvin haastattelun ja kliinisten tutkimusten tueksi. Muistitestien tuloksien perusteella asiakas ohjataan tarvittaessa lääkärille.

ADL ja IADL -mittarit kuvaavat haastateltavan itsenäistä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, viimeisen neljän viikon ajalta. Cornell ja GDS ovat depression kartoitukseen käytettäviä testejä.

Mikäli testeissä ilmenee poikkeavuuksia, ohjaa muistihoitaja asiakkaan geriatriin vastaanotolle. Geriatri diagnosoi sairauden ja aloittaa muistilääkityksen. Geriatri kirjoittaa myös tarvittavat todistukset ja lausunnot lääkekorvauksia varten.

#### **6.4 Ensitieto ja sopeutumisvalmennus muistipotilaille ja heidän omaisilleen**

Sopeutumisvalmennusta annetaan yleisimmin ryhmäkursseilla. Kurssin alussa muistipotilasta haastatellaan ja kartoitetaan hänen voimavaransa sekä asetetaan kurssille tavoitteet. Sopeutumisvalmennuskurssin avulla pyritään tukemaan muistisairaana ja hänen läheisensä arkea ja edistämään kotona selviytymistä. Tavoitteena on löytää uusia voimavaroja niin sairastuneelle kuin läheisellekin. (Sopeutumisvalmennus [viitattu 17.2.2009])

Ensitietoa annetaan muistisairaalle ja hänen omaiselleen diagnoosin saannin yhteydessä. Tiedon tulee olla ymmärrettävässä muodossa ja sitä tulee olla riittävästi. Ensitietoa voi antaa suullisesti sekä lisäksi täydentää informaatiota kirjallisella materiaalilla, kuten esitteillä. Tietoa voi olla sairaudesta ja sen oireista tai sairauden etenemisestä. Lisäksi kuntoutuksesta ja palveluista voi kertoa. Onnistuneella ensitiedolla motivoidaan sairastunutta osallistumaan hoitoon ja kuntoutukseen, lisäksi sairastuneelle annetaan mahdollisuus diagnoosin aiheuttamien tunteiden käsittelyyn. Ensitietoa voi antaa yksilöllisesti sekä ryhmämuotoisena. (Ensitieto [viitattu 17.2.2009])

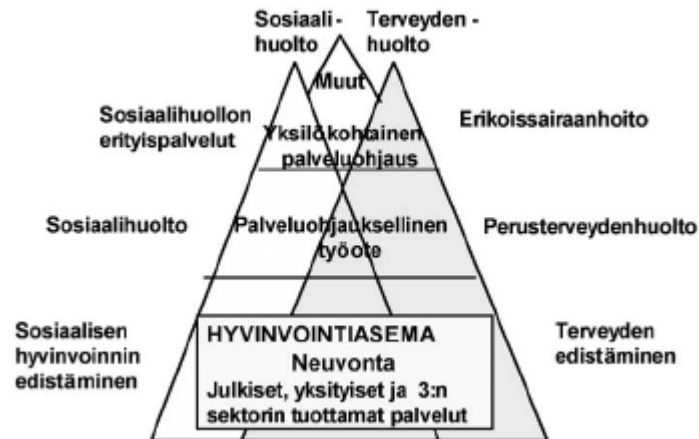
Laura Tiilikaisen (2007) opinnäytetyössä ”Omaishoitajien haastatteluista nostettuja kehittämis ehdotuksia Jyväskylän seudun Dementiayhdistykselle” ilmenee, että dementoituneen omaiset kaipaavat enimmäkseen henkistä ja ammatillista tukea, varsinkin ensitiedon saaminen koettiin tärkeäksi. Omaishoitajien haastatteluista

nousi esille se, että kirjoista luettu tieto ei korvaa ammatti-ihmisen kanssa käytyjä keskusteluja. He kaipasivat tietoa mitä tulevaisuudelta voi odottaa sekä konkreettisia neuvoja erilaisiin käytännön tilanteisiin. (Tiilikainen 2007, 73.)

Muistisairauden toteaminen vaikuttaa niin sairastuneen kuin koko perheen arkeen. Korvenkangas ja Pulkkinen (2006) ovat omassa opinnäytetyössään haastatelleet henkilöitä, jotka työskentelevät muistihäiriöisten kuntoutusohjaajina tai muuten dementiaan sairastuneiden ohjaustyössä. Haastatteluun osallistuneet työntekijät kertoivat yhdeksi tehtäväkseen auttaa sairastunutta ja hänen omaisiaan käsittelemään sairauden herättämiä tunteita, kuten helpotuksen, luottamuksen, turvallisuuden ja ahdistuneisuuden tunteita. Myös tuskan, häpeä ja hädän tunteiden huomiointi kuului osana kuntoutusohjaajan työhön. (Korvenkangas & Pulkkinen 2006, 66.)

## **6.5 Yksilökohtainen palveluohjaus**

Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa (case management) on kyse asiakaslähtöisestä ja asiakkaan etua korostavasta työtavasta. Se on myös työmenetelmä, jolla kootaan palvelut lähelle asiakasta ja näin ehkäistään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja. Palveluohjauksen tavoitteena on huomioida asiakkaan yksilölliset tarpeet ja ohjata asiakasta hänen tarpeitaan vastaavan palvelun ja tuen ääreen. Yksilökohtaisen palveluohjauksen sisältö koostuu neuvonnasta, koordinoinnista ja asianajamisesta. (STM Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 51.) Yksilökohtainen palveluohjaus lähtee asiakkaan tarpeesta, eikä siitä, mitä palveluita on tarjolla. Palveluohjaus vaatii työntekijältä riittävää osaamista ja ammattitaitoa sekä luovien uusien ratkaisujen etsintää ja organisaatiorajojen ylittämistä.



Kuvio 1. Kolmitasoinen neuvonta- ja yksilökohtainen palveluohjausmalli (Hänninen 2007, 17.)

Yllä olevassa kuviossa (kuvio 1.) on esitetty yksilökohtainen palveluohjausmalli kolmitasoisena, asiakaslähtöisenä neuvontana. Tulevaisuudessa tavoitteena on, että palveluohjaus kehittyisi kohti kolmitasoisesta yhden luokun palvelumallia. Yksilökohtaisen palveluohjausmallin peruspilarina alimmalla tasolla ovat ne kuntalaiset, jotka huolehtivat sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen mahdollisimman pitkään itsenäisesti. Mallin mukaan kyseiset asiakkaat ovat omatoimisia, he hakevat ja saavat palveluja tarpeensa mukaan. Tasolla 2. ovat ne asiakkaat, jotka eivät saa apua ongelmiinsa ns. yleisen palveluohjauksen avulla. Tällöin lähityöntekijä kokoaa asiakkaan tarvitsemat tuet ja palvelut hänen saatavilleen. Työskentely tapahtuu yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tasolla 3. tapahtuu yksilökohtainen palveluohjaus, mikäli asiakas ei saa tarvitsemaansa apua tilanteeseensa palveluohjauksellisella työotteella ja asiakkaan tilanne on moniongelmainen. Yksilökohtaisessa palveluohjauksessa henkilökohtainen palveluohjaaja työskentelee asiakkaan kanssa tiiviisti, myös hänen kotonaan. (Hänninen 2007, 17-18.) Muistihoitajan ja -koordinaattorin työ on juuri yksilökohtaista palveluohjausta. Yksilökohtaiseen palveluohjaukseen sisältyy oleellisesti viisi vaihetta: asiakkaan valikointi, asiakkaan palvelutarpeen arviointi, palveluiden suunnittelu ja arviointi, palvelutavoitteiden seuranta ja koko palvelujärjestelmän korjaaminen (Ala-Nikkola ja Sipilä, [viitattu 25.10.2009]).

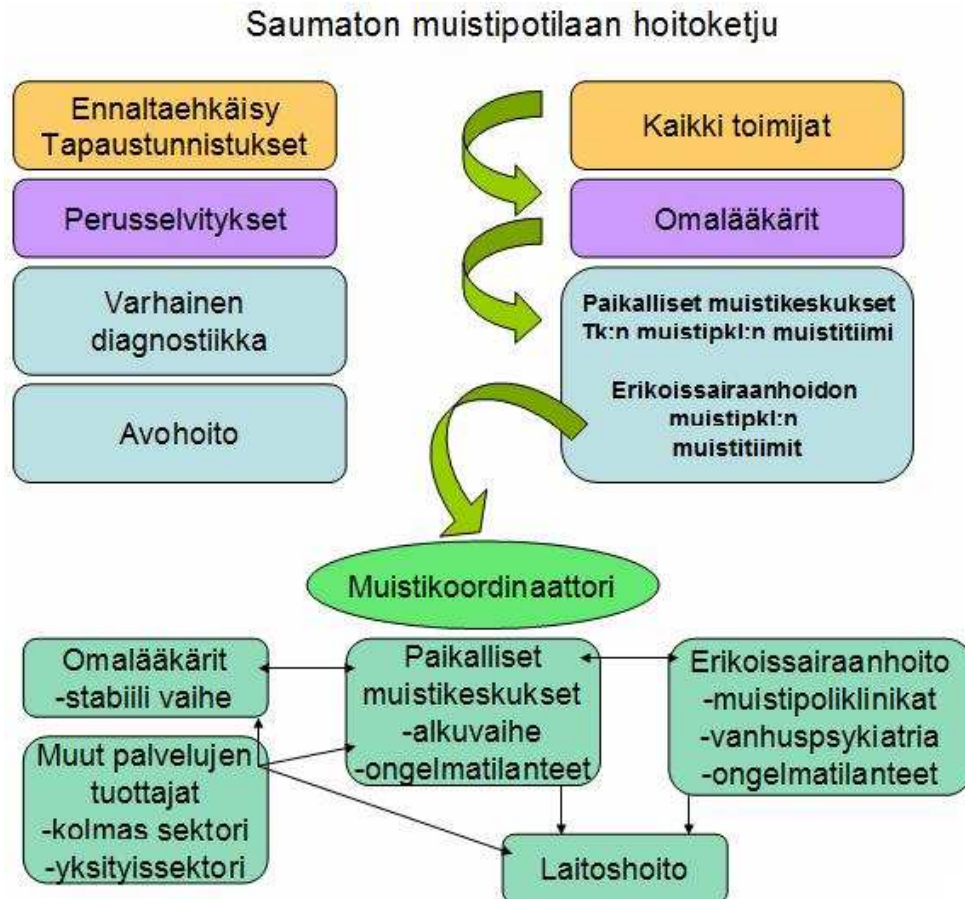
## 6.6 Hoito- ja palvelusuunnitelma palveluketjun perustana

Hoidon jatkuvuuden kannalta jokaiselle dementiaoireiselle asiakkaalle tulee laatia kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma, yhteisymmärryksessä asiakkaan sekä omaisten kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelma luo pohjan tavoitteelliselle toiminnalle asiakkaan hyväksi, se toimii myös työvälineenä työntekijälle (Sormunen & Topo, 146-147.) Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää seuraavia asioita: asiakkaan toimintakyvyn ja hoidon tarpeen määrittelyä, asiakkaan voimavarojen määrittelyä, konkreettiset ja selkeät tavoitteet hoidolle, hoitajien ja muiden hoitoon osallistuvien yhdessä sovitut keinot joilla päästään asetettuihin tavoitteisiin, hoitajien ja hoitoon osallistuvien yhdessä sovitut mittarit joilla voidaan seurata hoidon toteutumista. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri 2004, 92.)

Kuviossa 2. on esimerkki dementiaiperheen mahdollisesta palveluverkosta. Kuvioon on kerätty enin osa mahdollisista palveluista, eikä sellaista avuntarvetta ole, johon ei palveluja löytyisi. Silti suurin osa omaishoitoperheistä ei koe saavansa riittävästi palveluja. Haasteelliseksi palveluntarjonnan tekee se, että eri kunnissa palvelut jakautuvat eri tavoin. Lisäksi palvelujärjestelmään on vaikea päästä käsiksi, kun ensin täytyy olla lausunto lääkäriltä, että voi mennä seuraavalle luukulle hakemaan palvelua. Joissain palveluissa kyseinen palvelu tulee vain määrääjäksi voimaan, joten kierros luukulta toiselle täytyy tehdä useampaan kertaan. Kolmanneksi ongelmaksi saattaa nousta se, että kaikista palveluista vastaa eri henkilö. Ja näin ollen, on ammatti-ihmisten näkemykset perheen tarpeista erilaiset. Verkostossa saattaa yksi vastata omaishoidontuesta, toinen kotihoidosta, kolmas arvioi mahdolliset kodin muutostyöt, neljäs huolehtii potilaan sairaanhoidollisesta puolesta. Lisäksi omaishoitoperheen tulee itse hakea mahdolliset KELAn etuudet ja huolehtia omasta taloudenhoidosta. Yhteistyöhenkilöt vaihtuvat usein ja dementiaiperheet voivat toisinaan kokea olevansa oman elämänsä sivustaseuraajia, kun ammatti-ihmiset päättävät ja hoitavat asioitaan parhaaksi katsomallaan tavalla. Saarenheimo ja Pietilä (2006) esittääkin, että kokemus avun saamisesta ei synny siitä, että tarjolla on useita palveluja ja palveluntuottajia. Vaan siitä, että omaishoitoperheellä olisi yksi luotettava ja ammattitaitoinen henkilö, joka kykenee vastaamaan perheen



kuten muihin palveluntuottajiin. Muistikoordinaattori voi tarvittaessa ohjata kotihoidon tai laitoshoidon piiriin, mikäli näkee sen tilanteen kannalta tarpeelliseksi.



Kuvio 3. Saumaton muistipotilaan hoitoketju (Suhonen 2009)

### 6.6.1 Sähköinen kirjaus ja tiedonsiirto

Tiedonsiirrolla ja kirjaamisella on myös tärkeä merkitys saumattoman palveluketjun säilymiseksi. Kirjaaminen on peruste asiakkaan turvallisuudelle ja hoidon jatkumiselle. Kirjaamisella ja tiedonsiirrolla hoitajat pysyvät ajan tasalla asiakkaan tilanteesta ja tieto kulkee eri asiantuntijatahojen kautta. Kirjaaminen on yksi keskeinen tekijä laadunvarmistuksessa ja työn kehittämisessä. Kirjaamisessa ja tiedonsiirrossa tulee huomioida seuraavia hoitotyön periaatteita, kuten



yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, hoidon jatkuvuus ja kokonaisvaltaisuus. (Loikkanen 2003)

## 6.7 Selviytymisstrategian luominen

Yksi muistineuvonnan tehtäväalueista on sairastuneen ja hänen läheistensä voimavarojen tukeminen. Selviytymisstrategioilla ylläpidetään asiakkaan autonomiaa ja pyritään löytämään elämän mielekkyys, sairaudesta riippumatta. Jotkut asiakkaat omaavat luontaisen mekanismin selviytyä, kun taas toiset tarvitsevat asiantuntijatahon kannustusta. Muistitiimin tulee löytää kunkin asiakkaan kohdalla ne voimavarat, joiden avulla asiakas voi hyvin, muuttuneesta elämäntilanteesta huolimatta. Selviytymiskeinot vaativat sairastuneelta kuitenkin tietoisuutta omasta sairaudesta ja halua vaikuttaa oman elämän kulkuun. Näitä selviytymisstrategioita voivat olla päivittäisten rutiinien toistot, muistilaput ja asioiden järjesteleminen. Muita keinoja voivat olla vaatimusten vähentäminen, haasteellisten tilanteiden välttäminen, avun etsiminen ja hyväksyminen, aktiivisuus, tunteisiin pohjautuvat strategiat kuten huumori, vaikeuksien mitätöinti, positiivinen ajattelutapa esimerkiksi toive siitä, että sairauden pysäyttämiseen keksittäisiin jokin keino. Voimavaroja voidaan löytää myös vertaistukiryhmistä, uusista harrastuksista tai lapsen lapsista. Usein vaikeassakin dementian vaiheessa ihmisellä säilyy pitkäkestoinen muisti ja kyky oppia uusia asioita. Varhaiset muistot ovat myös selkeinä mielessä. Dementian vaikeassa vaiheessa myös liikuntakyky saattaa olla hyvä, tällöin voimavaroja voidaan hakea esimerkiksi liikkumisesta tai ulkoilusta. Samoin arviointi ja päättelykyky säilyvät, vaikka muistisairaus olisi jo edennyt pitkälle. (Semi 2009)

### 6.7.1 Tuettu itsehoito

Tuetulla itsehoidolla tarkoitetaan sitä, miten muistihoitaja tai muistikoordinaattori ohjaa sairastunutta asiakasta selviytymään kotona. Tuettua itsehoitoa voi harjoittaa kotona niin pitkään kuin se vain on mahdollista. Sillä ylläpidetään asiakkaan omia kykyjä ja voimavaroja, esimerkiksi muistisairas asiakas voi jakaa itse omat lääkkeensä ja siten ylläpitää omaa osallisuuttaan. Hoitohenkilökunta toimii asiakkaan tukena ja vastaa siitä, että asiakas ei jää hoidotta. Tuettua itsehoitoa on myös ennaltaehkäisy, kuten terveiden elämäntapojen hyödyntäminen. Liikunnalla, päihteettömällä elämällä ja terveellisellä ruokavaliolla asiakas pystyy itse ennaltaehkäisemään sairauden syntyä.

### 6.8 Omaishoitajuus ja sen tukeminen

Omaishoitajuuden tukeminen on muistihoidon ja koko sosiaali- ja terveyssektorin tärkeä kulmakivi. Ilman omashoitajien tekemää arvokasta työtä, olisivat monet muistipotilaat laitoshoidossa. Liitteessä 3. on omaishoitoperheiden kotona asumista edistäviä tukitoimia, esimerkiksi dementoituneen puolison käytösoireisiin. Seuraavissa kappaleissa on tutkimustietoa omaishoitajien kokemuksista mm. saamiistaan palveluista ja hoitosuhteen laadusta.

Vanhustyön keskusliiton Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen osaprojekti 2004-6, Omaishoito yhteistyönä, selvittää haastattelujen perusteella ”Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista”. Tuloksista ilmeni, että vain puolet (53,5 %) kokivat saaneensa julkisia palveluja, silloin kun olivat niitä tarvinneet. Hieman yli kolmannes perheistä oli tyytyväisiä saamiinsa julkisiin palveluihin ja 18,5 % ilmaisi olevansa tyytymättömiä saamiinsa palveluihin. Suuri osa omaishoitajista (69,4 %) koki, etteivät he voineet itse vaikuttaa saamiinsa palveluihin. Neljä eniten toivottua palvelumuotoa oli fysioterapia dementoituneelle puolisolle, omaishoidontuki, palveluseteli ja siivouspalvelu. Vähiten koettiin tarvetta ateriapalvelulle. Tutkimuksessa todettiin myös, että dementoituneiden ihmisten kotihoito perustuu pitkälti iäkkäiden ja sairaiden puolisoita hoitajien työhön. Omaishoitajat kokivat työnsä raskaaksi, mutta

silti he olivat sopeutuneita ja sitoutuneita työhönsä. Valtaosa heistä oli myös tyytyväisiä avioliittoonsa. Omaishoitajia tuettaessa puoliso saa usein potilaan roolin ja hänestä tulee hoitotoimenpiteiden ja palvelujen kohde. Työntekijät ajattelivat auttavansa omaishoitajaa tarjoamalla lyhytaikaishoitoa tai laitoshoidoa dementoituneelle. Ammattilaisena tulee kuitenkin huomioida, että useimmille omaishoitajille hoidettava on ennen kaikkea se sama puoliso, tunteva ja kokeva ihminen, jonka kanssa hän on solminut avioliiton. Omaishoidon tukeminen tulisikin lähteä perheen tarpeista, kuin irrallisesti omaishoitajan jaksamisen lähtökohdasta. Koko dementiahoitotyötä tulee kehittää niin, että se vastaisi paremmin dementiaa sairastavan ja hänen läheistensä tarpeisiin. (Raivio, Eloniemi-Sulkava, Saarenheimo, Laakkonen, Pietilä & Pitkälä 2006, 57-66.)

Kirsi (2001) on tehnyt tutkimuksen ”Aviovaimojen kertomuksia dementoituneen puolison hoitamisesta”. Kirsi on jakanut kertomukset ”sitoutumispuheeseen”, ”avioliittopuheeseen”, ”parisuhdepuheeseen”, ”perhepuheeseen”, ”kotipuheeseen”, ”autonomiapuheeseen” ja ”hoitajuuspuheeseen”. *Avioliittopuheessa* kertoja kirjoittaa hoitoon sitoutumisen kuuluvan osana aviollista velvollisuutta. Eräs kirjoittaja mainitsee, että on alttarilla lupautunut olemaan puolisonsa rinnalla loppuun asti ja siksi sitoutuu omaishoitajuuteen. Aviolliseen velvollisuuteen viitanneet kuvaavat hoidon arvolähtökohtana olevan yhteisen elämäntaipaleen pituus. Näille kirjoittajille puolison huolenpito oli tärkeämpää, kuin oma henkilökohtainen autonomia. *Parisuhdepuheessa*, hyvä parisuhde ja keskinäinen rakkaus oli aviovaimoille hoitamisen tärkein voimavara. Läheisessä parisuhteessa säilyi vastavuoroisuuden tunne silloinkin, vaikka puoliso ei kyennyt enää kertomaan tunteistaan. Kertomuksista ilmeni, että mitä syvemmin puoliso oli kiintynyt hoidettavaa, sen enemmän heillä oli riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteita. Monet dementoituneen läheiset kokivat surutyön alkaneen jo läheisen sairastumisvaiheessa, joillekin kirjoittajille aviomiehen kuolema toi läheisille helpotuksen tunnetta, hyvänkin parisuhteen jälkeen. *Perhepuheessa* aviovaimoille perhe oli hoitamisen henkinen ja sosiaalinen voimavara. Hoitaja oli omaksunut vastuunsa sekä huolenpitäjän ja hoivaajan identiteetin. Puolison ohella, he huomioivat myös aikuiset lapsensa ja lastenlastensa tarpeet. Lapset eivät olleet pelkästään voimavara, vaan syy ponnistella omaishoitajana omin voimin. *Kotipuheessa*, koti nousi yhdeksi merkityksellisimmäksi käsitteeksi. Kodin merkitys

on niin fyysinen, sosiaalinen ja emotionaalinen. Aviovaimot kokivat oman kodin parhaaksi hoitoympäristöksi hoidettavan kannalta. Koti on turvallinen paikka omaishoitoperheille, mutta samalla sitoo hoitajan tiiviisti kotiin. Vaimoille ahdistavia kokemuksia olivat tilanteet, joissa aviomies ei tunnistanut puolisoaan tai kotiaan. Vastaavasti iloa tuottivat ne hetket, jolloin puoliso tuli laitoshoidosta kotiin ja tunnisti paikan kodikseen. Aviovaimot kokivat, että koti oli muutakin kuin hoitopaikka. Esimerkiksi kotiaskareilla saatiin vastapainoa raskaalle hoitotyölle. Monet kertoivat erottavansa hoitoympäristön tilan muusta, ei-hoitoympäristöllisestä tilasta ja tällöin pystyivät sopeutumaan omaishoitajan rooliin työskennellessään ”hoito-alueella”. *Autonomiapuheella* Kirsi tarkoitti niitä kirjeitä, joissa hoitajat ottivat huomioon myös oman elämänsä ja omat tarpeensa, hoidettavan rinnalla. Osa omaishoitajista kertoi, että oli joutunut luopumaan omista harrastuksistaan vapaa-ajan vähennyttyä. Osa aviovaimoista kuitenkin matkusteli ja irrottautui välillä hoitamisesta. *Hoitajuuspuheessa* omaishoitajat kertoivat tekevänsä yhteiskunnalle palvelusta, hoitaessaan aviomiestänsä kotona. He kaipasivat työlleen arvostusta ja erilaisia materiaalisia etuuksia. Omaishoitajat eivät olleet tyytyväisiä saamaansa omaishoidontukeen, myös yksi vapaapäivä kuukaudessa tuntui riittämättömälle. Jotkut tutkimukseen osallistuneet vaimot kertoivat dementian diagnoosin viivästyneen. Näissä kertomuksissa lääkärit olivat vedonneet ”vaimojen ylihuolehtivaisuuteen” eivätkä olleet ottaneet yhteydenottoja tosissaan. Omaiset toivat vertaistuen merkityksen tärkeäksi ja kokivat omaisten-illat mielekkäiksi. Tapaamisissa sai kokemuksia siitä, että itsellä ei ollut asiat vielä niin vaikeita kuin toisilla. Useampi kertoja mainitsi myös Dementiayhdistyksen dementianeuvojan toiminnan myönteiseksi osa-alueeksi. Dementianeuvojat olivat ottaneet asiat vakavasti ja tutkimukset olivat järjestyneet välittömästi. Eräs kirjoittaja kuvaakin, että on dementiahoitajan myötä päässyt kuntoutusosastolle omaishoitajakurssille, ja saanut sitä kautta uudistumisen kokemuksia sekä vertaistukea ja dementiatietoutta. (Kirsi 2001, 293-311.)

Keminmaan kuntaan tehdyssä pro gradu –tutkielmassa kuvattiin omaishoitajan kokemuksia dementoituneen palveluketjun toimivuudesta. Tutkimuksesta nousi seuraavia tutkimustuloksia: kotona syntyneet ongelmatilanteet liittyivät omaishoitajan psyykkiseen ja fyysiseen väsymiseen. Useat omaiset kertoivat hermostuneensa ja väsyneensä dementoituneen jatkuvaan läsnäoloon. Osa

haastatelluista koki, että dementoituneesta huolehtiminen on ollut haasteellisempaa, kuin aikoinaan omista lapsistaan huolehtiminen. Levottomat ja unettomat yöt veivät omaishoitajien voimat. Omaishoitajilla oli ilmennyt tuki- ja liikuntavaivoja, uupumista kuten itkuisuutta ja masennusta, rintakipua ja päänsärkyä. Henkisinä voimavaroina omaishoitajilla oli yksinolo, mietiskely ja omat tukiverkostot, kuten lapset ja naapurit. Yhteiskunnan palveluista omaishoitajat käyttivät sijaishoitajaa, dementoituneen lyhytaikaishoitoa ja dementoituneen päivätoimintaa. Hoitavat omaiset tahtoivat kunnioittaa hoidettavan itsemääräämisoikeutta, niin pitkään kuin se vain oli mahdollista. Suurin osa omaisista halusi hoitaa dementoituneen kotonaan, huolimatta työn raskaasta hoitovastuusta. Omaiset olivat melko tyytyväisiä palveluyksiköiden toimintaan, he kuitenkin toivoivat, että dementoituneiden hoitoon olisi osoitettu riittävästi henkilökuntaa. Hoitohenkilökunnalle toivottiin enemmän alan koulutusta niin dementiasta kuin dementoituneen ja hänen omaistensa kohtaamisesta. Kuntouttava toiminta koettiin hyväksi toiminnaksi. Mutta lyhytaikaishoito jakoi mielipiteitä, sillä jotkut omaiset olivat kokeneet, että hoitojaksot saattoivat pahentaa kotona olemista. Palvelukeskuksilta toivottiin enemmän kuntouttavaa toimintaa, kuten ulkoilua. Omaishoitajat olisivat vuodeosastojaksoista huolimatta halunneet, että hoidettavan toimintakykyä pyritäisiin paremmin tukemaan. Yhdeksi esiin nousseeksi seikaksi tuli se, että omaishoitajat olisivat halunneet enemmän tietoa sairaudesta, esimerkiksi vuodeosaston henkilökunnalta. Myös käytösoireiden lääkkeetön hoito sai omaisten kannatuksen. Lääkäreiltä toivottiin asiantuntijan roolia, niin lääkityksessä kuin sairauden ymmärtämisessäkin. Kotihoitoon ja kotisairaanhoidoon oltiin oltu tyytyväisiä, mutta hoitohenkilökunnan vaihtuvuus koettiin huonoksi asiaksi. Omaiset toivoivat, että samat hoitajat kävisivät hoidettavan luona, hoitosuhteen luottamuksen syntymiseksi. Yhtenäistä tutkimuksessa oli se, että omaiset kokivat saaneensa liian vähän tietoa dementiasta ja mahdollisista tukipalveluista. Osa tutkimukseen osallistuneista ei ollut hakenut omaishoidontukea, kun eivät tienneet sellaisen olemassaolosta. Omaiset toivoivat kriisihoitopaikkaa, silloin kuin kotona hoitaminen kävi mahdottomaksi. Yleensä nämä akuutit tilanteet tapahtuvat ilta-aikaan, jolloin on vaikea tavoittaa hoitavia tahoja. (Ylilahti ja Kestillä 2003, 15-19)

Raivion väitöskirjassa selvitettiin alzheimerin tautia sairastavan puoliso-omaishoitajan kokemuksia perheiden palvelutarpeista ja tarjottujen palvelujen kohtaamisesta. Perheille tarjottiin eniten omaishoidontukea (36%), apuvälineitä (33%), fysioterapiaa (32%), lyhytaikaishoitoa (31%). Omaishoitoperheet toivoivat kuitenkin eniten fysioterapiapalveluja, omaishoidontukea, kodin siivousta ja kotiin tulevaa hoitajaa aina pariksi tunniksi kerrallaan. Miltei puolet omaishoitajista toivoi saavansa keskustella alzheimer-potilasta hoitavan lääkärin kanssa, potilaan taloudellisista seikoista. Se oli kuitenkin toteutunut alle 10 %:lla omaishoitoperheistä. (Raivio 2007, 14-15)

Jotta muistihoitajat ja muistikoordinaattorit voivat tukea omaishoitoperheitä parhaalla mahdollisella tavalla, tulee heidän tietää hoitajan ja hoidettavan hoitosuhteesta. Perustuuko hoitosuhde esimerkiksi avioliittolupaukselle, elää yhdessä niin myötä ja vastamäessä. Vai kokeeko omaishoitaja itsensä vangituksi, niin, että hoitajan oma elämä kärsii.

## 6.9 Edunvalvonta

Jokaisella muistipotilaalla on oikeus saada tietää: mikä sairaus aiheuttaa heidän dementiansa. Heidän tulee saada asianmukaista, lääketieteellistä hoitoa ja heidän toimintakykynsä tulisi turvata suunnitelmallisella ja yksilöllisellä kuntoutuksella tai ohjauksella. Muistipotilaat tulisi kohdata aikuisena ja heidät tulisi ottaa vakavasti. Turhaa lääkitsemistä pitäisi välttää, aina kun se on mahdollista. Sairastuneen tulisi saada asua tutussa ja turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeet otetaan huomioon. Jokaisella muistipotilaalla on oikeus olla sellaisten ihmisten läheisyydessä, jotka tuntevat ja tietävät hänen elämänkulkunsa ja tottumuksensa. Sairastuneen tulisi käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella. Ja joka päivä muistisairautta sairastavan, tulisi saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen ihmisen minä-kuvaa tukevaan toimintaan. Heillä on oikeus kosketukseen, halauksiin ja toisen ihmisen läheisyyteen sekä siihen, että ammattitaitoinen ja dementiaan perehtynyt ihminen hoitaa heitä. (Dementiapotilaan oikeudet, [viitattu 25.10.2009])

Oikeusturvan kannalta on oleellista, että muistisairaus huomioidaan varhaisessa vaiheessa. Varhainen diagnosointi mahdollistaa sen, että sairastunut pystyy vaikuttamaan omaan elämäänsä ennen kuin toimintakyky alenee huomattavasti. Muistipotilas voi halutessaan tehdä testamentin, ilmaista hoitotahtonsa tai hakea itselleen edunvalvojaa. Edunvalvonta on tarpeen silloin, kun ihminen ei enää itse pysty valvomaan etujaan ja hoitamaan asioitaan. Edunvalvojana voi toimia asianomaisen lähiomainen tai mikäli lähiomaisia ei ole, voi edunvalvojaksi määräytyä yleinen edunvalvoja. (Yleinen edunvalvonta, [viitattu 25.10.2009])

### **6.9.1 Hoitotahto**

Hoitotahdolla voidaan ilmaista hoidon toteutuksessa huomioitavia seikkoja, jotka ovat voimassa silloin, kun potilas ei pysty tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. Tällaisia tilanteita voivat olla pitkälle edennyt muistisairaus tai potilaan tajuttomuus. Hoitotahdossa voidaan kertoa esimerkiksi hoidosta kieltäytymisestä tai elvyttämisestä. Toiveet voivat koskea muitakin osa-alueilta, kuin lääketieteellistä tai sairaanhoidollista puolta. Hoitotahdon sisällön määrittelee hoitotahdon tekijä, joka allekirjoittaa tahtonsa. Tahto voidaan ilmaista myös suullisesti, mikäli se voidaan todentaa oikeaksi. On olemassa valmiita hoitotahto – lomakkeita, mutta parhaimmillaan se on potilaan oma kertomus siitä, millaista hoitoa tulevaisuudessa haluaisi. Hoitotahto on hyvä tehdä ajoissa, mahdollisimman terveenä. Tällöin hoitotahdon tekijän tulee ymmärtää hoitotahdon tekemisen merkitys ja sisältö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen, joten hoitotahto on sitova. Se ohjaa lääkäreitä, terveydenhuollon työntekijöitä kuin omaisiakin, potilasta koskevissa valinnoissa. Hoitotahdon tekijä voi halutessaan muuttaa tai poistaa hoitotahtonsa sisältöä. (Halila ja Mustajoki 2009, [viitattu 27.10.2009], (Hoitotahto, Muistiliitto ry [viitattu 27.10.2009])

## 6.10 Tukien hakeminen

Muistihoitaja ja muistikoordinaattori toimivat sairastuneen ja hänen omaishoitajansa apuna erilaisia tukia haettaessa. Näitä voivat olla esimerkiksi omaishoidon tuki, hoitotuki, asunnon muutostöiden hakeminen, lääkekorvausoikeudet, asumistuki. Esimerkiksi omaishoidon tukia haettaessa muistihoitaja tai muistikoordinaattori voi käyttää NPI-testiä tai Adas-Cog –tehtäväsarjaa, mitattaessa hoidettavan avuntarvetta. Asiantuntijatahot ohjaavat myös kuntoutusta haettaessa tai esimerkiksi lyhytaikaishoitoon pääsyssä.

## 6.11 Vertaistukiryhmien järjestäminen

Vertaistuki mahdollistaa samantyyppisessä elämäntilanteessa olevien ihmisten kohtaamisen ja kokemusten jakamisen. Vertaistuen myötä voidaan tuntea yhteisyyttä, omat hämmentävätkin kokemukset voivat olla vertaiselleen lähes yhtä tavanomaisia ja niistä voidaan keskustella avoimesti. Vertaistuki voidaan jakaa emotionaaliseen tukeen, esimerkiksi ”kohtalotoverin” kanssa keskusteleminen voi helpottaa oman tilanteen herättämiä tunteita. Käytännöllinen vertaistuki voi olla ryhmistä saatava tieto, vaikkapa hyväksi havaitut neuvot ja keinot jotka helpottavat arjen selviytymisessä. Vertaistuki voi olla niin muistipotilaalle, kuin omaisellekin käytännönläheisissä asioissa eteenpäin vievää sekä samalla terapeutista ja voimaannuttavaa. (Saarenheimo 2008, 100-102)

## 6.12 Ennakoiva ja ehkäisevä dementiatyö

Ennakoivaa ja ehkäisevää työtä tehdään tiedottamalla sairaudesta sekä erilaisia luennoitsijoita järjestämällä. Voidaan käynnistää projekteja, jotka suosivat liikuntaa, muistijumppaa ja terveitä elämäntapoja. Sairauden ennaltaehkäisyssä kerrotaan, minkälaisin toimin muistisairaudelta voi välttyä. Muistihoitaja voi myös tehdä ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä tietyille ikäryhmille, esimerkiksi 65 –vuotta täyttäneille.



### 6.12.1 Muistipotilaan kuntoutus osana ehkäisevää työtä

Muistipotilaat tarvitsevat toimintakyvyn ylläpitämiseksi aikaa, rohkaisua, opastusta ja mahdollisuutta itsenäiseen tekemiseen. Oikea-aikaisella ja oikein kohdennetuilla tukimuodoilla voidaan tukea muistipotilaan kotona asumista ja myöhentää laitoshoitoon siirtymistä. Kuntoutumissuunnitelman laatiminen on perusterveydenhuollon vastuulla. Suunnitelma tulee laatia systemaattisesti, organisoidusti ja jatkuvuus tulee taata. Yksilöllinen työote korostuu kuntoutustoiminnassa. Kuntouttavaa työtettä voivat toteuttaa jokainen muistihäiriö- ja dementia-työssä toimiva ammattihenkilö. (Eloranta ja Punkanen 2008, 128-129.) Alla olevassa kuviossa (Kuvio 4.) on esitetty muistisairastuneiden kuntoutussuunnitelma. Kuntoutus lähtee diagnosoinnista ja se etenee suunnitelmallisesti ensitietoon sekä sopeutumisvalmennukseen. Sairauden edetessä muistipotilas voi hakeutua päiväkuntoutuksen piiriin. Toimintakyvyn vähitellen heikennyttyä sairastunut saa kuntoutusta lyhytaikaishoidossa ja myöhemmin pitkäaikaishoidossa. Kuntoutus on yksilöllistä sairauden alusta loppuun saakka. Asiakkaalla tulee olla nimetty tukihenkilö, joka vastaa kuntoutuksen suunnitelmallisuudesta ja oikea-aikaisuudesta.



Kuvio 4. Kuntoutusmalli etenevissä muistisairauksissa (Eloranta ja Punkanen 2006, 128.)

### **6.13 Monitoimijuus ja muistitiimi dementiatyössä**

Monitoimijuudella tarkoitetaan usean eri tahon vastuunottamista muistipotilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Työtä toteutetaan moniammatillisena tiimityöskentelynä. Esimerkiksi terveyskeskusten yhteyteen tulisi järjestää paikallinen muistitiimi, joka vastaisi muistipotilaiden suunnitelmallisesta seurannasta ja sairastuneen sekä hänen omaistensa tukemisesta. Työntekijöinä voisi olla geriatri, muistihoitajia ja muistikoordinaattori. Arvion mukaan 10 000 asukkaan väestöpohjaan, jossa yli 65 –vuotiaita on 15 %, tarvitaan yksi muistikoordinaattori. Tällöin muistikoordinaattorin vastuulle tulisi 50 - 60 perhettä. Pienillä paikkakunnilla muistikoordinaattorin ja muistihoitajan tehtäviä voi tehdä yksi henkilö. (Suhonen 2008)

Muistitiimin kokoonpanoa voidaan muuttaa sairauden edetessä, tarjoamaan asiakaslähtöisintä ja osaavaa ohjausta sekä neuvontaa. Tärkeintä on, että sairastunut saa oikeat palvelut, oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Palvelut tulisi tuottaa lähipalveluna, vastaten yksilön tarpeisiin. Palvelujen pääpainotuksena tulee olla turvallisen arjen mahdollistaminen. (Suhonen 2009, 8-11.) Muistitiimissä voidaan myös kehittää ja tehdä ennaltaehkäisevää dementiahoitotyötä.

## 7 MUISTINEUVONNAN MALLEJA JA DEMENTIATYÖN TULEVAISUUS

### 7.1 Muistineuvonnan malleja Suomesta

1. Ylä-Savon Dementiayhdistyksellä ja Pohjois-Savon Dementiayhdistys ry:llä oli yhteinen Savotta – Dementiahoidon kehittämisprojekti, vuosina 2006 - 2008. Savottaprojektin tavoitteena oli parantaa muistipotilaiden asemaa ja elämää, lisätä eri ammattiryhmien tietoutta muistisairauksista ja luoda alueellinen strategia muistipotilaiden hoidon kulusta. Tuloksena oli Ylä-Savon malli. Ylä-Savon mallissa on uutena palvelukokonaisuutena perustettava muistikeskus, joka pitäisi sisällään muistityöryhmän. Työryhmään kuuluisi geriatri, neurologi, muistihoitaja, muistipalveluohjaaja sekä tarvittaessa muita ammattiryhmien edustajia, kuten sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti tai psykologi. Peruspilariksi asetettiin hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman tekeminen. Lisäksi muistipalveluohjaaja järjestäisi päivätoimintaa ja vastaisi ensitiedosta ja sopeutumisvalmennuksesta. Dementiatietoa annettaisiin koulutusten muodossa. Muistikeskus tarjoaisi myös puhelinneuvontaa 24h vuorokaudessa sekä kotimies-palvelua. Omaishoitajien tukeminen toteutettiin mm. omaishoitajien työterveyshuollolla, jossa tehdään säännölliset toimintakyvyn mittaukset, tarjotaan vertaistukea, virkistystä ja vapaapäiviä muistipotilasta hoitavalle omaiselle. (Kärtevä 2008)

2. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin muistipoliklinikalla työskentelee 70 koulutettua muistihoitajaa, muistihoitajakoulutus kestää 3 päivää. Muistipoliklinikalla työparina työskentelee geriatri ja hoitaja. Muita työryhmään kuuluvia jäseniä ovat neurologi, erikoistuva lääkäri, sairaanhoitaja, sihteeri, kuntoutusohjaaja. Toiminnan tavoitteena on terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy, varhaisdiagnostiikka ja kuntouttava hoito. Ensimmäinen tutkimuskerta vie aikaa kolme tuntia, joista yksi tunti menee muistipoliklinikalla. Alle 65 –vuotiaat asiakkaat menevät suoraan neurologin vastaanotolle. Ennen haastatteluja otetaan laboratoriokokeet, pään CT-tutkimus ja sydäntutkimukset. Sairaanhoitaja tekee muistipotilaalle Basdec –

depressioseulan ja haastattelee läheisiä ADSL ja ADL –mittareita apuna käyttäen. Toisella tapaamiskerralla kokoontuvat lääkäri, omainen ja sairastunut. Asiakkaalle näytetään pään kuva ja tutkimuksissa edetään diagnosointivaiheeseen. Sairaanhoidaja suunnittelee jatkohoidon ja ohjaa perhettä esimerkiksi lääketeutisuuksien hakemisessa. Perheelle annetaan myös kirjallista materiaalia. (Karhu 2008)

## **7.2 Dementiatyön kehittäminen tulevaisuudessa**

Seuraavien vuosien trendejä tulee olemaan muistisairauksien riskitekijöiden ennaltaehkäisy, kuten valtimotautiriskitekijöiden huomiointi. (Suhonen 2008) Esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia voidaan minimoida terveellisellä ruokavaliolla, liikunnalla ja tupakoimattomuudella. Näitä sairauksia ovat mm. sepelvaltimotauti, aivoverenkierron häiriöt ja aivohalvaus. (Suomen Sydänliitto ry, [viitattu 25.10.2009])

Muistilääkkeitä aloitetaan yhä varhaisemmassa vaiheessa ja jäljellä olevaa toimintakykyä pyritään ylläpitämään kuntoutuksella. Kotona asumista tuetaan erilaisia palveluja hyödyntäen, esimerkiksi ateriapalvelulla. Myös omaishoitajien taloudellista tukea lisätään. (Suhonen 2008)

Tulevien vuosien aikana avohoitoon panostetaan, esimerkiksi perusterveydenhuoltoon lisätään ammattitaitoisia yksiköitä vastaamaan dementoituneiden hoidosta. Yksiköiden kodinomaisuuteen kiinnitetään myös huomiota. Lisäksi kuntiin järjestetään muistikoordinoitua ja luodaan uusia malleja järjestää muistineuvontaa. Tietotekniikkaa hyödynnetään yhä enemmän ikääntyneiden hoidossa, sen suunnittelussa ja arvioinnissa. (Suhonen 2008, 9-22.)

## 8 VIRTOLAISEN MUISTIPOTILAAN HOIDON NYKYTILA

Virtain kaupunki sijaitsee Pirkanmaan maakunnassa, Länsi-Suomen läänissä. Vuoden 2008 lopussa asukasluku oli 7630 henkeä, joista yli 65 -vuotiaiden osuus oli 25 %. Tuolloin 65 - 74 -vuotiaita oli lukumääräisesti 931 henkeä, 75 - 84 -vuotiaita 740 henkeä ja 85 -vuotiaita sekä sitä vanhempia oli yhteensä 233 henkeä. Yli 65 -vuotiaita oli vuoden 2008 väestötilastojen mukaan yhteensä 1904 henkeä.

Vuonna 2008 on sairausryhmän 307 (Donepetsiili, galantamiini, memantiini ja rivastigmiini) KELAn lääkekorvausoikeuksia ollut Virroilla 70:llä henkilöllä. Luku sisälsi voimassaolevat, alkaneet ja päättyneet oikeudet. Lääkekorvausoikeutettuja henkilöitä ovat Alzheimerin taudin -diagnoosin saaneet henkilöt sekä joissain tapauksissa Parkinsonin tautiin liittyvää dementiaa sairastavat henkilöt.

### 8.1 Virtain palvelut

Tällä hetkellä Virtolainen muistipotilas hoidetaan perusterveydenhuollossa, yleislääkärin vastaanotolla. Muistitutkimuksia, kuten MMSE ja CERAD -tehtäväsarjoja tekee terveydenhoitaja. Kaupungissa on mahdollisuus laboratoriopalveluihin, mutta esimerkiksi kuvantamistutkimukset tuotetaan Alueellisessa kuvantamiskeskuksessa, Mäntän sairaalassa. Erikoissairaanhoidon palveluita haetaan tarvittaessa Tampereelta tai Seinäjoelta. Virroilla on Keiturinpuiston vanhainkodissa yksi dementiaosasto, joka tarjoaa ympärivuorokautista hoivaa. Lisäksi vanhainkodin yhteydessä on päiväsairaala, joka on avoinna arkisin. Päiväsairaalassa seurataan asiakkaiden kuntoa ja lääkitystä. Siellä on myös mahdollisuus saada kylvytysapua tai kuntohoitajan palveluita sekä halutessaan voi osallistua talon virikehetkiin.

## 8.2 Ylä-Pirkanmaan muistihäiriö- ja dementiapotilaan hoitoketju

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueella, on muistihäiriö- ja dementiapotilaan hoitoketjun kuvaus (Liite 4). Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueeseen kuuluvat; Ruovesi, Virrat, Mänttä-Vilppula, Juupajoki ja Orivesi. Hoitoketjun tavoitteena on parantaa dementian tunnistamista, yhtenäistää tutkimuksiin pääsyä, tehostaa hoitoa ja kuntoutusta sekä selkiyttää jatkohoitoa.

1. Muistihäiriöepäilyn alustaviin selvittelyihin kuuluu esittää ydinkysymyksiä, kuten onko muistihäiriöisellä ongelmia selviytyä arjessa tai onko havaittavissa luonteen muutoksia. Ydinkysymysten tukena käytetään myös MMSE –testiä. Mikäli tutkimuksista ilmenee poikkeava testitulos, ohjataan asiakas Cerad –muistitestaukseen, jonka tekee siihen koulutettu henkilö.
2. Mikäli Cerad –tehtäväsarjan kaikki osiot ovat normaaleja, niin muistin tilaa seurataan ainoastaan jos muistissa tapahtuu muutoksia. Jos Cerad –tehtäväsarjassa ilmenee 1-2 poikkeavuutta, uusintatutkimukset järjestetään 6-12 kk kuluttua.
3. Jos Cerad –tehtäväsarjassa on useita poikkeavuuksia, tulee muistihäiriöinen asiakas ohjata perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle. Myös tarvittavat laboratoriokokeet on otettava. Asiakkaan läheiselle annetaan täytettäväksi ”Kysely muistihäiriöpotilaan läheiselle” –lomake. Cerad–tehtäväsarjan tulokset annetaan tiedoksi tutkivalle lääkärille. Perusterveydenhuollon lääkäri päättää muistipotilaan seurannasta tai jatkotutkimuksiin siirtymisestä. Diagnoosin saaminen edellyttää erikoissairaanhoitoon lähettämistä.
4. Lähetä erikoissairaanhoidon tutkimuksiin tehdään Mäntän sairaalaan, mikäli muistihäiriöstä ja toimintakyvyn alenemisesta on haittaa arkielämässä tai Cerad –testissä on poikkeava tulos. Vaativissa tapauksissa Mäntän sairaalasta ohjataan Tampereen Yliopistollisen sairaalan vastaanotolle, tarkempaa selvitystä varten. Esimerkiksi neuropsykologisiin tutkimuksiin tai kun kyseessä on työikäinen muistihäiriöpotilas. Lähetteestä tulee ilmetä seuraavat asiat; esitiedot, oireiden eteneminen, perusstatus, arvio potilaan toimintakyvystä ja sen muutoksista,

laboratoriovastaukset, potilaan läheisten yhteystiedot, ammatillinen vastuuhenkilö. Liitteeksi Cerad –lomake ja läheisen täytettäväksi annettu lomake.

5. Erikoissairaanhoidon tapahtuu Mäntän sairaalassa, tutkimuksiin kuuluu pään magneettikuvaus ja laboratoriokokeet. Mahdollinen lääkitys aloitetaan sekä kirjoitetaan B-todistus lääkekorvauksesta ja C-lausunto hoitotukea varten. Mikäli lääkitys on aloitettu, kontrolloidaan sitä puhelinsoitolla, noin kahden kuukauden kuluttua. Puolen vuoden kuluttua asiakkaalle järjestetään uusi aika vastaanotolle, samalla kartoitetaan muistin tilaa MMSE –testillä sekä päätetään lääkityksen jatkamisesta.

6. Potilas siirtyy perusterveydenhuollon vastaanotolle. Seuranta tapahtuu 6-12 kk välein. Perusterveydenhuollossa tehdään kuntoutussuunnitelma ja hoidon seuranta, viimeistään ½ -vuotta diagnoosin saamisesta. Kuntoutussuunnitelman yhtenä tärkeänä osana on hahmottaa muistihäiriöisen tukiverkostoa, kuten omaisia, omalääkäreitä, kotihoitoa, muistihoitajaa. Verkoston tarkoituksena on tukea potilaan toimintakykyä sekä samalla helpottaa omaisten jaksamista. Suunnitelmasta ilmenee myös kuntoutustavoitteet, jotka on asetettu sairauden eri vaiheisiin, esimerkiksi sairauden alkuvaiheessa korostuu kotona asumisen tukeminen, fyysisen kunnon ylläpitäminen ja omaishoitajan jaksamisesta huolehtiminen. Perusterveydenhuollossa tarkastellaan myös lääkehoitoa, esimerkiksi pitkälle edenneessä dementiassa. Tarvittaessa omalääkäri voi konsultoida muita asiantuntijatahoja. (Terveysportti 2008, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri/ Mäntän sairaala, Ylä-Pirkanmaa)

## 9 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TUTKIMUSPROSESSIN KULKU

### 9.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmänä on toimintatutkimus, sillä päämääränä ei ole pelkkä dementia-neuvonnan tutkiminen, vaan myös samanaikainen toiminnan kehittäminen. Lähestymistapa opinnäytetyön aihetta tarkasteltaessa on kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkiminen. Toiminnallisessa tutkimuksessa raportointi on vain osa työn kokonaisuutta, oleellisin osa on kuitenkin itse tuotos. Opinnäytetyöni koostuu raportista ja tuotteesta, joka tässä tapauksessa on muistineuvonnan malli. Tutkimuksessa juoni etenee projektin ja työprosessin mukaan ja tutkimuksesta ilmenee ratkaisut, joiden avulla olen päättänyt tuottamaani malliin. (Vilkkä ja Airaksinen 2003, 83-91.) Toimintatutkimuksella pyritään vastaamaan käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Tutkimustuloksen esittelen Virtain asiantuntijatahoille, kuten; vanhustyönjohtajalle, osastonhoitajille, kotisairaanhoidon ja kotihoidon vastaaville. Tilaisuus on avoin keskustelutilaisuus, jonka tavoitteena on saada asiantuntijankemyksiä muistineuvonnan mallin toimivuudesta.

Mallilla tarkoitetaan kuvausta jostain kohteesta tai järjestelmästä. Mallit voidaan ryhmitellä esittäviin, teoreettisiin ja kuvitteellisiin malleihin. Oma tutkimukseni on teoreettinen malli, muistineuvonnasta. Mallia esiteltäessä olen käyttänyt kielellistä ja kuvallista esitystä. (Malli, [viitattu 27.10.2009]) Mallintamisella voidaan tarkoittaa nykytilaa, paranneltua tilaa, tavoitetilaa tai ideaalitalan mallintamista. Omassa opinnäytetyössä on ollut tavoitteellista mallintaa muistineuvonnan ideaalitalaa. Virroilla ei ollut aiempaa muistineuvonnan mallia, joten lähtökohtana oli uuden mallin suunnittelemisen.



## 9.2 Opinnäytetyön tavoite

Opinnäytetyöni tavoitteena on luoda teoratietoa ja tutkimuksia hyödyntäen, muistineuvonnan ideaalimalli Virtain kaupungille. Valmista muistineuvonnan mallia voidaan käyttää joko sellaisenaan tai tehden siihen muutoksia.

## 9.3 Työn eteneminen

Aiheen sain keväällä 2008, kun soitin Marika Silmoselle, Virtain vanhustyönjohtajalle. Syksyllä 2009 keräsin aineistoa ja keväällä 2009 aloin kirjoittamaan opinnäytetyön teoriaosaa. Olen ollut sähköposti- ja puhelinyhteydessä yhteistyötahoon useita kertoja ja konsultoinut opinnäytetyön ohjaavaa opettajaa, työn 2. lukijaa sekä opponenttia.

4.6.2009, tapasin Virtain vanhustyönjohtajan, sovimme työn kulusta tarkemmin. Dementianeuvonnan käsitteen vaihdoimme muistineuvontaan, sillä nykypäivänä muun muassa dementiasairauksista käytetään nimitystä muistisairaudet. Dementia –käsite oireenkuvana on laaja-alaisempi ja siksi olen myös sitä käyttänyt työssäni. Sovimme tapaamisen aikana, että työ on ideaalimalli, hyvistä muistineuvonnan käytänteistä. Mallin tulisi kuitenkin olla realistinen, jotta sitä voitaisiin tulevaisuudessa hyödyntää. Mietimme myös asiantuntijaryhmän, Virtain sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevistä työntekijöistä, jotka voisivat ottaa työhöni kantaa avoimessa keskustelutilaisuudessa.

Lokakuun lopussa 2009, sain ideaalimalli Virtain kaupungille valmiiksi. Valmista mallia on tukenut opinnäytetyöprosessin aikana keräämäni lähdemateriaali. Työ ei ole pelkästään muistineuvonnan malli, vaan se kuvastaa dementiatyön organisaatiomallia. Dementiatyön käsitteeseen sisällytetään omaishoitoperheiden laaja-alainen neuvonta ja yksilökohtainen palveluohjaus, tukeminen sairauden eri vaiheissa, kehittämistyö ja ennaltaehkäisy.

Kutsu avoimeen keskusteluryhmään osoitettiin seuraaville henkilöille: vanhustyönjohtaja, ylilääkäri, vuodeosaston osastonhoitaja, vanhainkodin

vastaava sairaanhoitaja, dementiaosaston tiimivetäjä, kotipalveluohjaaja, kotisairaanhoidon terveydenhoitaja, väestövastuualueen terveydenhoitaja.

26.10.2009, järjestettiin tapaaminen yhteistyötahon ja muiden asiantuntijoiden kanssa. Itseni lisäksi paikalla oli vanhustyönjohtaja, vanhainkodin vastaava sairaanhoitaja, dementiaosaston tiimivetäjä, geronomiopiskelija, ohjaava opettaja. Tapaamisen alussa esittelin sivulla 30. olevaa palveluverkosto –kuvaa. Kuvan tarkoituksena oli herätellä ajatukset siihen, miten tärkeää on se, että omaishoitoperheillä olisi joku ammattihenkilö koordinoimassa eri palveluja heille. Seuraavaksi esittelin asiantuntijaryhmälle sivulla 23. kuvaamani muistineuvonnan tehtäväalueita. Lopuksi näytin asiantuntijaryhmälle laatimani muistineuvonnan mallin Virroille, sivulta 53. Tilaisuudessa syntyi paljon avointa keskustelua. Seuraavista asioista puhuttiin:

Muistineuvonta työtä voitaisiin toteuttaa seniorineuvolan -nimikkeellä, esimerkiksi yksi koulutettu terveydenhoitaja vastaisi ikääntyneiden muistiasioista. Väestövastuualueiden neuvolat tekevät muistitutkimuksia ja ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä, joten sinne olisi hyvä organisoida laajempaa muistihoidon vastuualuetta. Virroille olisi tavoitteellista saada pään kuvantamispalvelut ostopalveluna, omassa kaupungissa tuotettuna. Geriatrian erikoislääkäri aloittaa osa-aikaisen työnsä Virroilla ostopalveluna, mikä on hyvä edistysaskel muistineuvonnan kokonaisvaltaiselle toiminnalle. Ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa työtä tulisi lisätä ja muistisairauden ennakoiva vaihe tulisi saada enemmän näkyväksi. Ennaltaehkäisevässä näkökulmassa muistihoitaja voi tehdä yhteistyötä sydän- ja verisuonisairauksien sekä diabeteksen asiantuntijatahojen kanssa. Sairauksilla on samankaltaiset riskitekijät. Edunvalvonta –kohtaan lisättiin hoitotahto, koska se on oleellinen pitkälle edenneessä dementoivassa sairaudessa. Näin pystytään takaamaan se, että asiakkaan itsemääräämisoikeus otetaan huomioon. Yhteisenä johtopäätöksenä keskustelutilanteesta nousi se, että pienillä palvelurakenteen muutoksilla voidaan saada suuria tuloksia aikaan.

## 10 MUISTINEUVONNAN IDEAALIMALLI VIRTAIN KAUPUNGILLE

### 10.1 Palveluprosessin kulku

Muistineuvontaa toteutetaan Virtain kaupungin omana palveluna, osana Ylä-Pirkanmaan muistihäiriö- ja dementiaapotilaan hoitoketjua. Virroilla voidaan suorittaa muistipotilaan hoitoketju alusta loppuun (katso liite 2), kuvantamisia lukuunottamatta. Palveluprosessi käynnistyy ensimmäisestä yhteydenotosta muistineuvontaan. Asiakkaan tilanne kartoitetaan vastaanottokäynnillä, jonka tekee toimeen valittu muistihoitaja. Vastaanottokäynti sisältää asiakkaan ja omaisen haastattelun, esitietojen keräämisen sekä muistin tilan tutkimisen muistitestein (Cerad ja MMSE). Mikäli asiakkaalla ilmenee muistamisen vaikeuksia, niin muistihoitaja ohjaa hänet geriatriille, tai neurologille, jos kyseessä on työikäinen muistipotilas. Samalla muistihoitaja tekee lähetteet verikokeisiin ja pään kuvantamiseen. Lääkäri diagnosoi muistisairauden ja aloittaa lääkityksen mahdollisimman varhain. Hän voi kirjoittaa asiakkaalle tarvittavat todistukset ja lausunnot. Myös muut oheissairaudet huomioidaan. Mikäli asiakkaan muistissa ei ilmene poikkeavuuksia, kehoitetaan muistin tilaa seuraamaan. Erotusdiagnostiikalla pyritään seulomaan esimerkiksi depressiiviset asiakkaat dementoituneista. Jos asiakkaalla huomataan tutkimusten yhteydessä selvää masennusta, ohjataan hänet perusterveydenhuoltoon.

Muistineuvonnan asiakkaalle laaditaan yksilöllinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota ovat tekemässä asiakas, muistitiimin työntekijä, lähiomainen, geriatri, mahdollisesti kotihoidon työntekijä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmalle asetetaan realistiset tavoitteet ja sitä tarkistetaan 6-12 kk välein. Yhteistyö asiakkaan ja muistitiimin välillä jatkuu mm. jatkohoidon suunnittelun ja seurannan merkeissä. Asiakas pysyy niin kauan muistineuvonnan piirissä, kunnes siirtyy pitkäaikaishoitoon. Hoitosuhde voi myös päättyä muistin tilan parannuttua tai asiakkaan kuoltua.

## 10.2 Muistineuvonnan asiakkaat

Asiakkaat voivat ottaa itse yhteyttä Virtain muistineuvontaan, mikäli kokee muistinsa tilan huonontuneen. Vastaanotolle hakeutuminen ei edellytä erillistä lääkärin lähetettä, vaan ajan voi varata suoraan muistihoitajalta. Muistineuvonnan vastaanotolle voi hakeutua myös läheisten toimesta. Mitä varhaisemmassa vaiheessa muistihäiriöepäily voidaan todeta, sen nopeammin sairaus pystytään diagnosoimaan ja sairauden etenemistä voidaan hidastaa.

Keskivaikean ja vaikean dementian esiintyvyys Suomessa on 65 - 74 –vuotiailla 4 %, 75 - 84 –vuotiailla 11 % ja yli 85 –vuotiailla sairastuneisuutta esiintyy jopa 35 %:lla. (Suomen muistiasiantuntijat) Laskennallisesti Virroilla olisi noin 200:lla yli 65 –vuotiaalla keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa. Luku sisältää myös laitoshoidon asiakkaat. Arvio perustuu väestömääriin eri ikäryhmissä: 65 - 74v., 75 - 84v. ja 85-v. ja siihen, paljonko prosentuaalisesti eri ikäryhmissä esiintyy dementiaa. Kaiken kaikkiaan Virroilla yli 65 –vuotiaita oli vuoden 2008 lopussa 1904 henkeä. Laskelmasta ei kuitenkaan selviä se, paljonko Virroilla on työikäisiä, nuoria muistipotilaita.

Tulevaisuudessa työikäisiä muistisairauteen sairastuneita asiakkaita tulee olemaan yhä enemmän. Tutkimukset ovat tuoneet tarkempaa tietoa nuorten työikäisten dementoivista sairauksista. Nämä muistipotilaat asettavat omat haasteensa myös Virtain muistineuvonnalle. Työikäisten muisti-oireet saatetaan virheellisesti tulkita masennukseksi tai työuupumiseksi sen sijaan, että osattaisiin epäillä muistamattomuuden syyksi perinnöllisiä muistisairauksia.

## 10.3 Omaishoitajan tukeminen

Yhtenä tärkeänä osa-alueena ja kotona pärjäämisen perusteena on omaishoitajien jaksaminen, sillä heidän avullaan muistipotilaan laitoshoidon tarvetta voidaan siirtää vuosilla eteenpäin. Omaishoidon tukeen tulee varata riittävästi määrärahoja, että sitä voidaan tarjota heille ympäri vuoden. Yhden dementiapotilaan laitoshoidon keskimääräiset vuosikustannukset ovat n. 36 300e, kun vastaavasti kotona asuessa kustannukset ovat n. kolmasosan tästä. Toiminnan tulee tukea

omaishoitajan ja hoidettavan kotona pärjäämistä. Sairastuneelle ja häntä hoitavalle omaiselle annetaan tietoa sairauden vaiheista ja siitä, mitä sairauden myötä voi olla tulevaisuudessa odotettavissa. Työntekijällä täytyy olla hyvä tietoperusta ja tilannetajua siitä, miten ja missä vaiheessa kertoo sairauden monista piirteistä. Usein asiakkaat kaipaavat kirjallista materiaalia, johon voivat itse rauhassa tutustua. Virtain muistineuvonta tarjoaa mahdollisuuden myös erilaisiin luentotilaisuuksiin sekä järjestää omaishoitajille erilaisia koulutuspäiviä, esimerkiksi ergonomisista työskentelytavoista. Vertaistukiryhmiä järjestetään, sillä ne tuovat sairastuneille ja heidän omaisilleen kokemuksen siitä, että joku muu elää vastaavanlaisessa tilanteessa. Ryhmät tuovat voimaannuttavia kokemuksia niin muistioireiselle kuin häntä hoitavalle omaiselle.

Omaishoitajan työ on fyysisesti ja henkisesti raskasta. Dementoituneilla esiintyy jopa 90 % käytösoireita, esimerkiksi levottomuutta, aggressiivisuutta, persoonallisuuden muutoksia, apatiaa. Tällöin muistineuvonta on omaishoitajan tukena ja pyritään löytämään keinoja käytösoireiden lievittämiseksi. Keinot saattavat olla lääkkeettömiä vaihtoehtoja, kuten käyttäytymisen syiden selvittäminen, uudenlaisten lähestymistapojen löytäminen ja vuorovaikutuksen tai ympäristö parantamista. Lääkehoitoa voidaan muuttaa ja sen tarpeellisuutta voidaan arvioida 3 - 6 kuukauden välein. Geriatria konsultoidaan tilanteesta, hän tekee päätökset lääkehoitoon liittyen.

Muistineuvonta Virroilla voisi tarjota "kotimiestoimintaa", joka mahdollistaa omaishoitajan poistumisen kotoa, asiointien ajaksi. Kotimiestoiminta tukee jo olemassa olevan päiväsairaalan tavoin kotona jaksamista ja omaishoitajan hetkittäistä vapaa-aikaa. Se myös mahdollistaa niiden omaishoitajien vapaa-ajan, joiden läheisten dementia on edennyt jo niin pitkälle, että päiväsairaalaan vieminen olisi mahdotonta. Yö- ja viikonloppu -hoitomahdollisuudet löytyvät tällä hetkellä Virtain palveluista.

#### **10.4 Tukipalvelut lähelle asiakkaita**

Muistisairaille ja heidän läheisilleen on tärkeää, että palvelut tuotetaan lähipalveluina ja että ne ovat helposti saatavissa. Muistineuvonnan tehtävänä on tukea asiakkaita pärjäämään kotona mahdollisimman pitkään, niin että pitkäaikaisen laitoshoidon tarve siirtyisi ja laitoshoidossa olo-aika olisi lyhytkestoista. Keskeisimpiä lähipalveluita heille on palvelutarpeen arviointi, kotihoito, päiväsairaala, omaishoidon tuki sekä sosiaalipalvelut. Lisäksi omaishoitajille tehdyssä tutkimuksessa todettiin asiakkaiden haluavan myös fysioterapiaa hoidettavalle puolisolalle, palveluseteliä ja siivousapua.

#### **10.5 Muistineuvonnan henkilökunta ja heidän toimenkuvansa**

Suosittelujen mukaan arvioidaan, että tarvitaan yksi muistikoordinaattori väestöpohjaan, jossa yli 65 –vuotiaita on noin 15 %. Virroilla yli 65 –vuotiaita oli vuoden 2008 lopussa 25 %. Mielestäni Virtain muistineuvonnassa voisi työskennellä muistikoordinaattori, muistihoitaja sekä geriatrian erikoislääkäri. Tällöin henkilöstöresursseilla olisi hyvät edellytykset toimia jatkossakin. Toiminnan käynnistymiseksi riittäisi alussa kuitenkin yksi tai kaksi työntekijää, jotka kumpikin tekisivät sekä muistikoordinaointia että muistihoidollisia töitä.

- Muistikoordinaattorin/ muistihoitajan tehtäviin kuuluu asiakkaan hoitoketjun kokonaisvastuun ottaminen. Hän tukee toiminnallaan asiakkaan kotona asumista ja suunnittelee, yhdessä perheen kanssa, heidän tilanteeseen sopivia palveluja. Hoitaja tukee asiakkaan itsehoitoa, antamalla sairastuneelle vastuuta toteuttaa omaa hoitotyötään, esimerkiksi muistikoordinaattori/ muistihoitaja voi ohjata sairastunutta tekemään kotikuntoutusta erilaisin voimisteluin. Muistikoordinaattori/ muistihoitaja on sairauden kaikissa vaiheissa läsnä ja arvioi muuttuvien palvelutarpeiden tilanteita uudelleen. Hän pyrkii ennakoimaan ja ratkaisemaan mahdollisia ongelmatilanteita. Työntekijän tehtävänä on erilaisten testien, haastatteluiden ja toimintakyvyn mittausten tekeminen. Muistikoordinaattori/ muistihoitaja määrittelee sairauden asteen ja sen, onko asiakas muistineuvonnan tarpeessa. Hän toimii yhteistyössä geriatriin kanssa ja suunnittelee asiakkaan

hoidon ja seurannan. Muistikoordinaattori/ muistihoitaja suunnittelee ja organisoii vertaistukiryhmät, niin työikäisille, vanhusväestölle kuin omaishoitajille. Muistikoordinaattorin/ muistihoitajan tehtäväalueisiin kuuluu myös vastata kotimiestoiminnasta, mikäli omainen tarvitsee hetkittäisen vapaa-aikansa ajaksi muistipotilaalle hoitajaa.

- Geriatrian erikoislääkäri tai dementiahoitoon perehtynyt lääkäri, tutkii asiakkaan statuksen ja diagnosoi sairauden. Hän myös tutkii muut oheissairaudet. Muistineuvonnan lääkäri kirjoittaa B-todistuksen lääkekorvausoikeutta varten ja C-lausunnon hoitotukea varten. Lääkärin työpanos riittäisi myös omaishoitajien työterveyshuoltoon.

Muistisairauksiin perehtyneet työntekijät työskentelevät viitenä päivänä viikossa. He tekevät kotikäyntejä, suorittavat muistitutkimuksia vastaanotolla, antavat puhelinohjausta ja kehittävät dementiaa työtä Virroilla. Puhelin- ja viikonloppupäivystystä toteutetaan 24h vuorokaudessa. Tai vaihtoehtoisesti työntekijöillä on virka-aika ja muina aikoina ovat tavattavissa päivystysluontoisesti. Työntekijät kirjaavat asiakaskäynnit ja välittävät asiakkaistaan ajankohtaisen tiedon hoidosta vastaaville yhteistyötahoille. Hyvällä tiedonsiirrolla, esimerkiksi kotihoihon ja muistitiimin välillä, taataan hoidon jatkuvuus. Muistitiimi antaa ensitieto- ja sopeutumisvalmennusta 2 - 4 kertaa vuodessa, niin sairastuneelle kuin häntä hoitavalle omaiselle.

Muistisairaus huomioidaan koko perheen sairautena ja asiakas kohdataan yksilöllisesti ihmisenä, sairauden vaiheesta riippumatta. On tärkeää, että asiakkaalla ja omaishoitajalla on yksi nimetty tukihenkilö, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä ja joka huolehtii palveluiden oikea-aikaisuudesta ja siitä, että asiakkaan verkosto säilyy moninaisesta sairaudesta huolimatta.

Työtä tehdään moniammatillisena yhteistyönä, niin muistihoitajat, lääkärit, vanhustyönjohtaja, terveyskeskuksen henkilökunta, fysioterapia, päiväsaairaala, vuodeosasto, dementiaosasto kuin kotihoidon työntekijöidenkin toimesta. Yhteistyö näiden toimijoiden välillä takaa sen, että asiakas ei ”huku” palvelujen sekaan, vaan hoitoketju säilyy jokaisessa palvelupisteessä. Yhteistyöllä on myös ennaltaehkäisevä merkitys, sillä jokaisen sektorin velvollisuus on huomioida mahdolliset muistihäiriö-epäilyt varhaisessa vaiheessa ja ohjata asiakas

muistineuvonnan piiriin. Muistineuvonta toimisi myös koko Virtain alueella muistisairauksista tiedottajana ja esimerkiksi terveyskeskus, kotihoito tai dementiaosaston henkilökunta voisi tarvittaessa konsultoida muistineuvonnan henkilökuntaa vaikkapa käytösoireisen asiakkaan kohtaamisessa.

### **10.6 Muistineuvonnan hyödyt ja kustannustehokkuus**

Muistineuvonta –toiminta on yhteiskunnallisesti tärkeä kehittämiskohde. Muistisairaiden varhainen diagnosointi ja hoidon aloittaminen hidastavat sairauden etenemistä ja siten lisää asiakkaalle hyviä ja toimintakykyisiä elinvuosia. Muistineuvonnan avulla kotiin pystytään ohjaamaan enemmän palveluja ja samalla kehitetään uusia tukitoimia muistisairaiden asiakkaiden tarpeisiin. Ennaltaehkäisyllä, kuten tiedottamisella, ennaltaehkäisevillä kotikäynneillä ja seulontamenetelmillä pystytään saamaan hyviä tuloksia aikaan. Muistipotilaat ohjautuvat suoraan muistineuvonnan piiriin, joten tämä uusi ja kasvava asiakaskunta on pois perusterveydenhuollon jonoista. Muistineuvonnan tehtävien keskittäminen osaaville muistiyksiköille vähentää resurssien tarvetta muissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa.

Diagnosoimattomat, hoitamattomat ja tukea vaille jäävät muistipotilaat tulevat terveyspalveluissa kaikkein kalleimmaksi menoeräksi. Suomessa tehdyt interventiotutkimukset ovat todentaneet, että muisti- tai omaishoidonkoordinaattorin ja geriatriin tehokas yhteistyö pidentää kotona-asumisen aikaa, huonontamatta potilaan tai omaisten elämänlaatua. Tällä toimintamallilla voidaan saada laskennallisesti kymmenien miljoonien eurojen säästöt hoitokuluihin. Muistineuvonnan mallia toteuttaen, pystytään myös hyvään ja laadukkaaseen muistipotilaan hoitoon, nyt ja tulevaisuudessa. (Sulkava 2006, 219.)

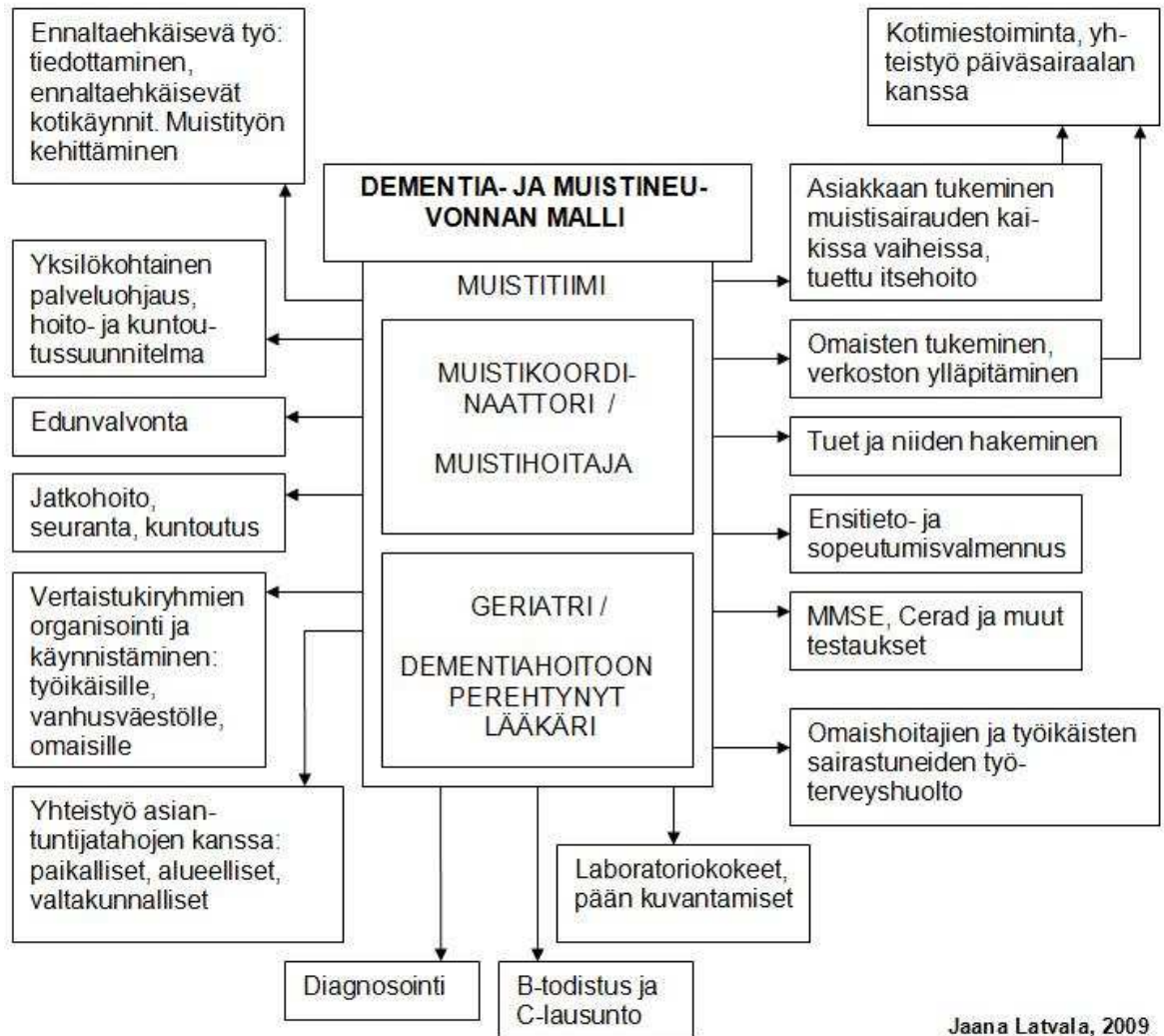


## 10.7 Muistineuvonnan tilatarpeet

Muistineuvontaa voidaan järjestää Virtain keskustassa, tällöin keskeinen sijainti takaa sen, että asiakkaat osaavat hakeutua vastaanotolle. Muistineuvontaa voitaisiin toteuttaa erillisessä rakennuksessa terveystieteiden tiloista, jotta tilat pystyttäisiin suunnittelemaan mahdollisimman viihtyisiksi ja että sairauskeskeisyyttä voitaisiin välttää. Erilliset, omat tilat, toisivat myös näkyvyyttä muistineuvonnalle ja uudelle palvelulle. Vastaanottotiloihin keskitetään muistipotilaiden perustutkimukset ja hoidon suunnittelu sekä käytösoireisten dementiapotilaiden seuranta. Kaupungin omia, jo olemassa olevia palveluita hyödynnetään, kuten laboratorio- ja fysioterapia –palveluita. Pään kuvantamiset tehdään Mäntän sairaalassa. Muistineuvonnan tilat voisivat tarjota puitteet myös mahdollisille ryhmätoiminnoille, kuten ensitieto- ja sopeutumisvalmennuskursseille tai vertaistuki –ryhmille.

### 10.8 Muistineuvonnan ideaalimalli Virtain kaupungille

Opinnäytetyön tuloksena syntyi dementia- ja muistineuvonnan malli (Kuvio 5.), Virtain kaupungille. Kuvio sisältää jo aiemmin avaamani kohdat.



Jaana Latvala, 2009

Kuvio 5. Dementia- ja muistineuvonnan malli.

## 11 POHDINTA

Muistineuvonta on tärkeä työmuoto ja sitä tulisi toteuttaa kunnittain. Dementoivien sairauksien määrän tiedetään lisääntyvän ja tiedetään, että muistisairauksista muodostuu tulevaisuudessa suuri haaste koko yhteiskunnalle. Silti uusia palvelumalleja ei luoda riittävästi. Kunnat toteuttavat tällä hetkellä vain niitä palveluita, jotka ovat pakollisia ja välttämättömiä. Mielestäni on kuitenkin selvää, että ennaltaehkäisevällä työotteella pystytään säästämään sosiaali- ja terveysmenoissa. Jo pienillä muutoksilla voidaan saada mittavia tuloksia aikaiseksi, esimerkiksi muistisairauksista ja testeistä tiedottamalla, voidaan saada ihmiset kiinnostumaan aivoterveystään ja hakeutumaan muistitutkimuksiin.

Aiheesta löytyy paljon kirjallisuutta ja lehtiartikkeleita sekä tutkimuksia. Osaltaan oli paljon toistoa tai päällekkäistä tietoa, joka näkyy myös omassa työssäni. Itselle tuotti ongelmia materiaalin rajaaminen, sillä tutkimusaihe on laaja ja tärkeistä asioista täytyi kertoa vain murto-osa.

Muistihoitajan ja muistikoordinaattorin työ on mielestäni enemmän kuin pelkkä asiakas-työntekijä –suhde. Ammatti-ihminen pääsee hyvin lähelle muistisairasta ja hänen perhettään. Jokainen asiakaskontakti on omanlaisensa ja jokaisessa hoitosuhteessa toimitaan eri tavoin. Asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa tulee löytää yhteinen kieli, niin että osapuolet ymmärtävät toisiansa. Muistihoitaja tai koordinaattori ovat tulkkina perheelle, toimii ikään kuin asiakkaan asianajajana ja edunvalvojana. Hoitosuhde voi kestää useita vuosia. Työntekijä on mukana niin ilossa kuin surussakin ja hänen oma persoonansa toimii parhaana työkaluna. Uskonkin vakaasti, että mikään malli tai kuvio ei pysty kertomaan hoidon todellista ideologiaa. Sitä, että muistineuvota-työ perustuu luottamukselliseen hoitosuhteeseen ja vuorovaikutukseen ammattihenkilön ja asiakkaan välillä.

Työ on opettanut minua geronomina oivaltamaan esimerkiksi sen, miten paljon muistisairastuneen perheellä on kontakteja eri ammattitahoihin ja miten haasteellista palvelujen saaminen voi olla. Olen saanut opinnäytetyöprosessin myötä varmuutta toimia asiantuntijan roolissa, liittyen dementoiviin sairauksiin.

Uskon myös saaneeni vahvuutta ohjata kohtaamani muistihäiriöiset ajoissa muistitutkimuksiin ja diagnosointiin. Opinnäytetyön myötä, tutkittavan aiheen merkitys yhteiskunnallisesti vaikuttavana asiana korostui.

On varmasti mielenkiintoista tutkia asiakasnäkökulmasta muistineuvonnan mallin toimivuutta. Miten asiakkaat kokevat muistihoitajan tai muistikoordinaattorin toiminnan Virroilla?

### **11.1 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimus perustuu dementia- ja muistitietouteen eri lähteistä. Aineistoa olen kerännyt dementoivista muistisairauksista ja niiden hoidosta, eri tutkimuksista ja muistineuvonnan malleista. Tiedonkertuuta on tapahtunut myös läsnäolemalla Hyvien muistikäytäntöjen –seminaarissa sekä muistikoordinaattoria kuulemalla. Tutkimusta tehdessä olen pyrkinyt olemaan lähdekriittinen. Olen hakenut ohjausta opettajilta ja opponentilta. Samaa tutkimustulosta ei välttämättä syntyisi, mikäli joku muu tekisi tämän tutkimuksen myöhemmin. Asiaa puoltaa kuitenkin se seikka, että uusi tieto korjaa vanhaa tietoa. Tämä tutkimus on siis tässä hetkessä luotettava. Valmiiseen muistineuvonnan ideaalimalliin otti kantansa myös Virtolaisista koostuva asiantuntijaryhmä.

### **11.2 Muistineuvonnan mallin arviointi**

Muistineuvonnan mallin luominen Virroille oli haastavaa, sillä palvelua voidaan toteuttaa hyvin eri tavoin. Muistineuvontaa toteutetaan esimerkiksi useamman kunnan yhteistyönä, se voi olla kolmannen sektorin tuottamaa palvelua tai niin, että yksi työntekijä irrotetaan omasta toimestaan tekemään muistitutkimuksia. Tutkimus onnistui mielestäni hyvin ja mallia voitaisiin hyödyntää sellaisenaan. Opinnäytetyön rajoitetun ajan puitteissa, en pysty kokeilemaan mallia käytännössä. Mallin käyttöönotto jää siis Virtain kaupungin oman harkinnan varaan. Kaupunki voi halutessaan muokata mallia omien tarpeidensa mukaan. Muistineuvonnan mallia voidaan soveltaa saman suuruisiin väestöpohjiin

toimivaksi palvelukokonaisuudeksi. Tutkimustyö esittää myös kehittämistutkimuksen piirteitä, sillä työtä Virroilla alettiin jo kehittää.

## LÄHTEET

- Ala-Nikkola, M. ja Sipilä, J. Yksilökohtainen palveluohjaus (Case Management) – Uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 25.10.2009]. Saatavana: <http://www.omaasetpsyuusimaa.fi/palveluohjaus/pdf/po-sipila.pdf>
- Cummings, J.L. 1994. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia
- Dementiapotilaan oikeudet. Muistiklinikka. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Tohtori.fi. [Viitattu 25.10.2009]. Saatavana: <http://www.tohtori.fi/?page=0714187&id=5486470#Dementoituvan%20ihmisen%20suojaaminen>
- Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Laadukkaat dementiapalvelut, opas kunnille. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Eloranta, T. ja Punkanen, T. 2008. Hygieia: Vireään vanhuuteen. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Ensitieto. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Muistiliitto ry. [Viitattu 17.2.2009]. Saatavana: [http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/hoito\\_ja\\_kuntoutus/ensitieto/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/hoito_ja_kuntoutus/ensitieto/)
- Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M. 2006. Hyviä päiviä kotona, muistisairaudet. Helsinki: WSOY
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Porvoo: WS Bookwell Oy
- Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K., Soininen, H. (toim.) 2006 Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Finne-Soveri, H. 2008. Laadukkaat dementiapalvelut, opas kunnille. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Halila, R. ja Mustajoki, P. 12.3.2009. Hoitotahto – käytännön ohjeita. [Verkkosivu]. Duodecim, Terveyskirjasto. [Viitattu 27.10.2009]. Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809)
- Heimonen, S. 2005. Työikäisenä Alzheimerin tautiin sairastuneiden ja heidän puolisoitensa kokemukset sairauden alkuvaiheessa. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House

- Hoitotahto. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Muistiliitto ry. [Viitattu 27.10.2009]. Saatavana: [http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/edunvalvonta/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/edunvalvonta/)
- Huhtamäki-Kuoppala, M., Heimonen, S. 2008. Laadukkaat dementia palvelut, opas kunnille. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Hänninen 2007. Stakesin raportteja 20/2007, 17.
- Härmä 2008. Dialogi 8/2008. Työikäinenkin sairastuu dementiaan
- Karhu, K. 25.11.2008. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin muistipoliklinikka. Muistitukitoiminnan hyvät käytännöt –seminaari. Tampere
- Kirsi, T. 2001. Täyttä ja menetettyä elämää. Avioavaimojen kertomuksia dementoituneen puolison hoitamisesta. JANUS 9 (4)
- Korvenkangas, M. & Pulkkinen, K. 2006. ”Ei oo sellasia päiviä ollu, etteikö töihin olis halunnu tulla”: Muistihäiriöisten kuntoutusohjaus työntekijöiden kokemana. Seinäjoen ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyö. Julkaisematon
- Kärtevä, S. 25.11.2008. Ylä-Savon Dementia yhdistys ry. Muistitukitoiminnan hyvät käytännöt –seminaari. Tampere
- Laakkonen, M., Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Virtanen, L., Pietilä, M., Nummela, E. ja Pitkälä, K. 2006. Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista – valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden puolisoille. Teoksessa: Eloniemi-Sulkava, U. Saarenheimo, M. Laakkonen, M. Pietilä, M. Savikko, N. Pitkälä, K. (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementia perheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy
- Loikkanen, R. 2003. Kirjaaminen hoitotyössä – ohjeita hoitotyöntekijöille. [Verkkojulkaisu]. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäen yksikkö: Opinnäytetyö. [Viitattu 25.10.2009]. Saatavana: [http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Pieksamaki2003/loikkanenriikka.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pieksamaki2003/loikkanenriikka.pdf)
- Lupsakko, T., Joiniemi, M., Karhu, K. & Remes, A. 10/2005. 1. painos. Muistipoliklinikka perusterveydenhuollossa – opas lääkäreille ja hoito henkilökunnalle. Kuopio: Suomen Dementiahoitoyhdistys
- Löppönen, M. 2008. Muistisairaus haasteena – muistikoordinaattorikoulutus. Helsinki.
- Malli. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. [Viitattu 27.10.2009] Saatavana: [http://foto.hut.fi/opetus/tiede\\_ja\\_tutkimus/tutkimusmenetelmat/malli.html](http://foto.hut.fi/opetus/tiede_ja_tutkimus/tutkimusmenetelmat/malli.html)

- Ojanperä, S. & Tervonen, A. 2007. "Nähdään et tää on tarpeellista" arviointi muistineuvolatoiminnasta KuusVepä –hankkeelle. Seinäjoen ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyö. Julkaisematon
- Pirttinen, T. ja Koponen, H. 16.2.2006. Kognitiivisen suoriutuskyyvyn arviointi. [Verkkojulkaisu]. Terveyskirjasto/Duodecim. [Viitattu 25.10.2009] Saatavana: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=nix00510](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00510)
- Raivio, M. 2007. Pitfalls in the Treatment of Persons with Dementia. [Verkkojulkaisu]. University of Helsinki: Department of General Practise and Primary Health Care [viitattu 25.10.2009]. Saatavana: <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/28143/pitfalls.pdf?sequence=1>
- Raivio, M., Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M., Pietilä, M. & Pitkälä, K. 2006. Suomalaisten omaishoitajien kokemuksia palveluista – valtakunnallinen kyselytutkimus Alzheimerin tautia sairastavien henkilöiden puolisoille. Teoksessa: Eloniemi-Sulkava, U. Saarenheimo, M. Laakkonen, M. Pietilä, M. Savikko, N. Pitkälä, K. (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy
- Rinne, J. 2006. Frontotemporaaliset degeneraatiot. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Rinne, J. 2006. Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Runsten, S. Alkoholidementia. Ei päiväystä. [Verkkojulkaisu]. [25.10.2009]. Saatavana: [http://www.alzheimerturku.fi/alkoholidementia\\_turku0909\\_\(2\).pdf](http://www.alzheimerturku.fi/alkoholidementia_turku0909_(2).pdf)
- Saarenheimo, M. 2008. Laadukkaat dementiapalvelut, opas kunnille. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Saarenheimo, M. ja Pietilä, M. 2006. Omaishoito ja palvelujärjestelmä. Teoksessa: Eloniemi-Sulkava, U. Saarenheimo, M. Laakkonen, M. Pietilä, M. Savikko, N. Pitkälä, K. (toim.) Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy



- Semi, T. 2009. Mieli, merkitys ja persoona – kohtaamisia muistisairaahan ihmisen kanssa. Helsinki: Muistikoordinaattorikoulutus
- Soinila, S. 2003. Ajattele aivojasi. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Soininen, H. 2008. Muistisairauksien tutkimusta 20 vuotta. Muisti. 21 (3)
- Sopeutumisvalmennus. Ei päiväystä. [Verkkosivu]. Muistiliitto ry. [Viitattu 17.2.2009]. Saatavana: [http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/hoito\\_ja\\_kuntoutus/sopeutumisvalmennus/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/hoito_ja_kuntoutus/sopeutumisvalmennus/)
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Yliopistopaino, Helsinki
- Suhonen, J. 2009. Muistitiimin tavoitteena muistipotilaan hyvä hoito. Memo (2)
- Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008: Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti, 63(10)
- Sulkava, R. 2006. Muistisairauksien taloudelliset vaikutukset. Erikoislääkäri, 16(5)
- Suomen Sydänliitto ry. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. [Viitattu 25.10.2009]. Saatavana: [http://www.sydanliitto.fi/kaikki\\_sydamesta/fi\\_FI/yleissivu/](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/fi_FI/yleissivu/)
- Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) 2008. Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. PS-kustannus. Juva: WS Bookwell Oy
- Terveysportti 2008, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri/ Mäntän sairaala, Ylä-Pirkanmaa
- Tietokonekuvaus ja magneettikuvaus. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. Muistiliitto ry. [Viitattu 25.10.2009]. Saatavana: [http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti\\_ja\\_muistisairaudet/muistihairiot\\_ja\\_dementia/kuvantaminen/](http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistihairiot_ja_dementia/kuvantaminen/)
- Tiilikainen, L. 2007. Omaishoitajien haastatteluista nostettuja kehittämis ehdotuksia Jyväskylän seudun Dementia yhdistykselle. Seinäjoen ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyö. Julkaisematon
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY

- Vilkka, H. ja Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Voutilainen, P. 2008: Palvelujärjestelmän kehittäminen muistisairaiden ihmisten tarpeisiin. Muisti, 21. vuosikerta, Alzheimer-keskusliiton julkaisu
- Voutilainen, P., Kauppinen, S. ja Huhtamäki-Kuoppala, M. 2008 Laadukkaat dementiapalvelut, opas kunnille. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri 2004...
- Vuori & Heimonen 2007, Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista, 41-42
- Yleinen edunvalvonta. 11.9.2009. [Verkkosivu]. Oikeusapu. [Viitattu 25.10.2009]. Saatavana: <http://www.oikeus.fi/45790.htm>
- Ylilahti, M. ja Kestilä, M. 2003. Miten dementoituneen palveluketju toteutuu Keminmaassa? Dementiauutiset 2/2003. Suomen muistiasiantuntijat ry

## Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä

(1/2)

Opiskelijan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

Jaana Latvala,  
jaana.latvala@seamk.fi

Koulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma, Geronomi (AMK)

Opinnäytetyön ohjaajan nimi ja yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

Aila Vallejo Medina, 020-1245188  
aila.vallejo.medina@seamk.fi

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustaja ja asema organisaatiossa

Virtain kaupunki Vanhustyön johtaja Marika Silmanen

Toimeksiantajan/työn tilaajan/yhteistyöorganisaation edustajan yhteystiedot (osoite, puhelin ja sähköposti):

03-4851376

Opinnäytetyön (15 op) alustava nimi/aihe Dementia-neuvonnan

mallintaminen Virtain kaupungille

Opinnäytetyöhön kuuluvat tehtävät: Teoriatiedonkeruu demen-  
tiasta ja erilaisista muistineuvonnan malleista.  
Muistineuvonnan mallin luominen Virroille.

Työn tekemisestä aiheutuvien kustannusten korvaaminen: MonistuskulutArvioitu aika opinnäytetyön tekemiseen: 1 / 9 200 8 - 30 / 10 200 9

Päiväys

4 / 6 2009

(2/2)

Allekirjoittaneet sitoutuvat siihen, että opinnäytetyön raportti on julkinen asiakirja  
(rasti ruutuun) ☒

Opiskelijan allekirjoitus:

Jaana Latvala

Ohjaajan allekirjoitus:

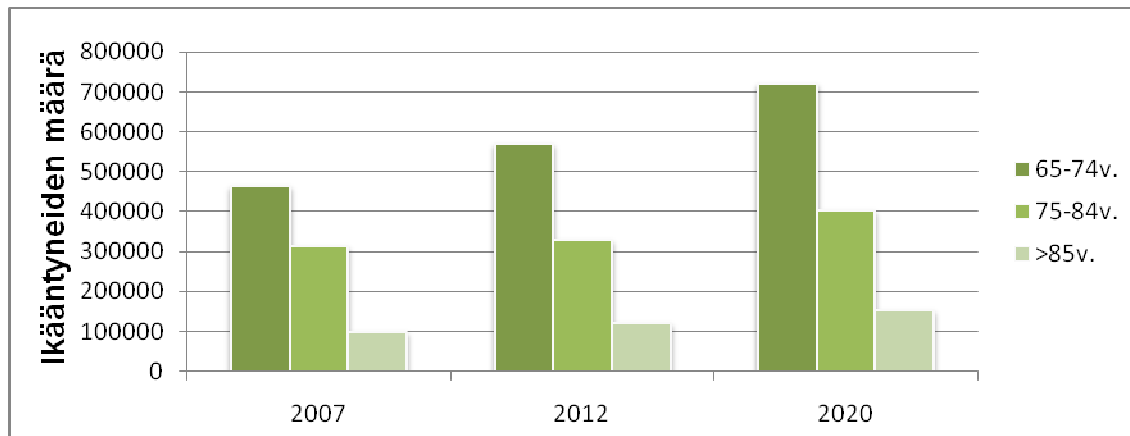
Sila Jallego Medina

Toimeksiantajan/tilaajan/yhteistyötahon edustajan allekirjoitus:

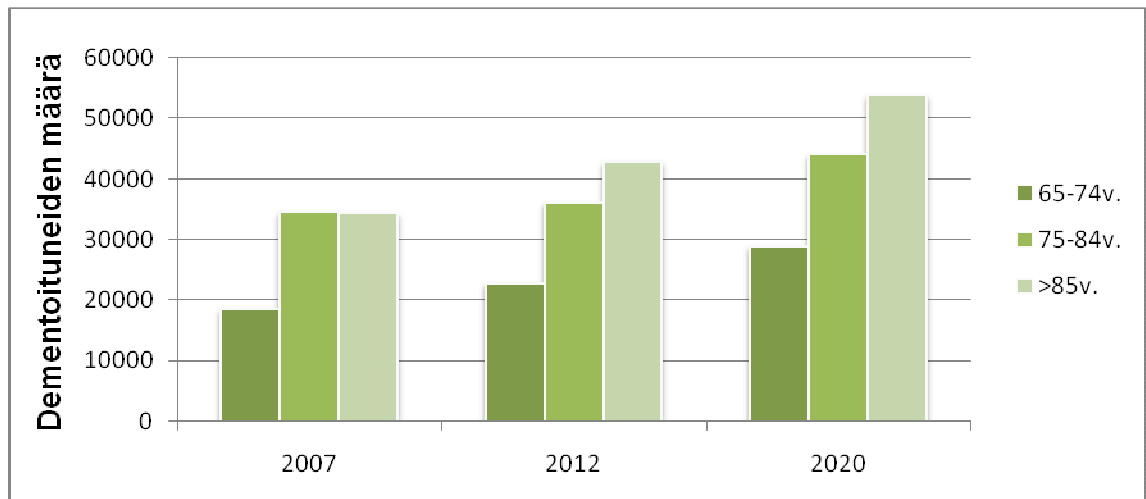
Muina Oksanen

**HUOM!** Sopimukseen mahdollisesti liittyvistä tekijänoikeuksista ja muista erityisehdoista on sovittava erikseen kirjallisesti.

## Liite 2. Ikääntyneiden määrän väestöennuste, vuosille 2012 ja 2020



Kuvio 1. Ikääntyneiden väestöennuste (Voutilainen 2008)



Kuvio 2. Arvio vähintään keskivaikeasti dementoituneiden määrästä (Voutilainen 2008)



## Liite 3. Omaishoitoperheiden kotona asumisen edistäminen

(1/2)

Toiminnan kohde	Tuen tarpeen arviointi perheen ja ammattilaisen vuoropuheluna	Konkreettiset tukitoimet
Dementoituneen puolison toimintakyky	<p>Somaattisen tilanteen selvittäminen Lääkityksen arviointi</p> <p>Liikkumisen ja päivittäisten toimintojen kartoitus Yksityisen fysioterapeutin tekemä toimintakykyarviointi</p> <p>Ravitsemuksen arviointi Apuvälinearviointi</p>	<p>Projektin lääkäri: konsultointi ja tarvittaessa vastaanotto → tutkimus ja hoito. Yhteistyö hoidettavan omalääkärin kanssa</p> <p>Projektin lääkäri: konsultointi ja tarvittaessa vastaanotto</p> <p>Fysioterapia: -dementiakuntoutus -veteraanikuntoutus -lottajärjestön tukema kuntoutus</p> <p>Ravitsemusneuvonta Apuvälineiden järjestäminen Terveysaseman fysioterapia Yksityinen fysioterapeutti Apuvälineistä kertominen, esitteiden antaminen Omaishoidon koordinaattori: apuvälinehankinnoissa auttaminen</p>
Dementoituneen puolison käytös-oireet	<p>Käyttöoireita laukaisevien fyysisten syiden selvittäminen Lääkityksen arviointi</p> <p>Käyttöoireita laukaisevien muiden tekijöiden kartoitus</p> <p>Omaisien tuen tarpeiden selvittäminen</p>	<p>Projektin lääkäri: konsultointi ja tarvittaessa vastaanotto → tutkimus ja hoito. Yhteistyö hoidettavan omalääkärin kanssa</p> <p>Omaishoidon koordinaattori: -puhelinkeskustelut omaishoitajan kanssa -kotikäynti</p> <p>Omaishoidon koordinaattori: -kuuleminen ja välittäminen -ohjaus -tilannetta selkiyttävät keskustelut -kanssakäymisen keinojen löytäminen yhdessä omaishoitajan kanssa -päivystyssoiton mahdollisuus -seurantasoitot -hengähdystaukojen järjestäminen: päivähoito tai muu lyhyt-aikaishoito Hankalien kotitilanteiden ryhmät</p>
Omaishoitajan jaksaminen	Dementoituneen puolison käytös-oireiden aiheuttaman kuormittuneisuuden selvittäminen	<p>Käyttöoireiden poistaminen ja hallintaan tähtäävät interventiot (kts. edellä).</p> <p>Omaishoidon koordinaattorin tarjoama tuki (kts. edellä)</p> <p>Ympäri vuorokautinen lyhyt-aikaishoito</p> <p>Hankalien kotihoitotilanteiden ryhmät</p>

Toiminnan kohde	Tuen tarpeen arviointi perheen ja ammattilaisen vuoropuheluna	Konkreettiset tukitoimet
Omaishoitajan jaksaminen; jatkoa	Hoidon fyysisen raskauden arviointi	Omaishoidon koordinaattori: -kokemuksien kuuleminen -ohjaus ja neuvonta käytännön hoitotilanteissa Kunnallinen kotihoito Yksityinen kotihoito Hoidettavan toimintakyvyn optimointiin tähtäävät interventiot Omaishoidon koordinaattorin kotikäynti: ohjaus ja neuvonta käytännön tilanteissa Päivätoiminta Kotimiestoiminta Ympäri vuorokautinen lyhytaikainen hoito
	Käytännön hoitotaitojen kartoitus	Omaishoidon koordinaattori: erilaisten tunteiden kuuleminen ja salliminen Projektin tavoitteelliset vertaisryhmät Yhdistysten omaistoiminta
	Hoidon sitovuuden arviointi	Projektin lääkäri: tutkiminen ja hoito Kuntoutuksen järjestäminen Yksityinen + terveysaseman fysioterapia
	Omaishoitajan tunteiden tunnistaminen	
	Omaishoitajan omien terveysongelmien arviointi	
Omaishoitajan tieto dementiaasta ja sen hoidosta	Dementiatiedon tarpeen arviointi	Tietoillat omaishoitajille ja heidän läheisilleen Kirjallinen materiaali ja maksuttomat oppaat Omaishoidon koordinaattori + projektin lääkäri: tilannekohtainen tiedon jakaminen
	Käytännön hoitotaitojen kartoitus	Omaishoidon koordinaattori: -käytännön opetus ja ohjaus kotikäynnin aikana -ohjausverkoston luominen perheen muihin auttajatahoihin (esim. lyhytaikaishoitopaikan tai kotihoidon työntekijät)
Suhde hoito- ja palvelujärjestelmään	Taloudellisten etuuksien kartoitus Hoitoa helpottavien tukitarpeiden arviointi (esim. lyhytaikaishoitopaikka, kuljetustuki) ja välineet kuten vaipat ja apuvälineet Kuntoutuksen tarpeen arviointi Arvio siitä, miksi tarvittavan palvelun tai hoidon saaonti ei onnistu tai miksi palvelun tai hoidon laatu ei ole riittävä	Projektin lääkäri: todistukset, lausunnot ja lähetteet Omaishoidon koordinaattori: hakuprosessissa avustaminen  Omaishoidon koordinaattori: -yhteydenotot kunnan työntekijöihin, tulkkina toimiminen perheen ja järjestelmän välillä -perheen etujen ajaminen -tilanteiden seuranta ja arvio (esim. lyhytaikaishoitajakson aikana)



#### Liite 4. Ylä-Pirkanmaan muistihäiriö- ja dementiapotilaan hoitoketju

